

V. CHIRIȚĂ

T. PIROŻYŃSKI

P. BOIȘTEANU

PSIHIATRIE CLINICA

U.M.F. IAȘI — 1993

ARGUMENT

Psihiatria este o disciplină medicală. Ea se referă la structura și funcțiile organismului prin care se proiectează capacitatea de însușire a propriei noastre ființe față de sine și sensibila comunicare a vieții și naturii umane.

Cunoașterea și însușirea psihiatriei cer durabile calități de informații biomedicale asupra sănătății și bolii, asupra riscurilor și suferințelor ce influențează starea de sănătate a oamenilor. Ele cer în egală măsură o permanentă deschidere către opțiunile performante ale progresului medical ce pot influența destinul fizic și moral al celor în suferință. Ele se obțin cu o răbdătoare observație și analiză critică a comportamentului uman, de înțelegere tolerantă a respectului și dreptului de sănătate și liberă opțiune a fiecărei persoane.

În lumea noastră contemporană dimensiunea sănătății mentale a devenit o responsabilă promovare a valorilor esențiale ale vieții și creativității sale. Funcțiile și criteriile medicale ale psihiatriei actuale se realizează prin instrumente și cercetări mereu perfectibile ce decurg din sistemice și multimodale cuprinderi, niciodată limitate de natura umană. În acest sens, profesiunea medicală deține pentru psihiatrie o neconfundabilă distincție. Ea se realizează prin depășirea permanentă a intoleranței și prejudecății, cu o lucidă meditație și intervenție activă asupra suferințelor mentale, a tensiunilor reacționale și a celor înstrăinați de viață în lumea lor. Astfel, însușirea cunoștințelor de psihiatrie dă sens și valoare mesajului permanent de competență, solidaritate umană și responsabilitate prin calitatea neconfundabilă a medicinei.

Au mai colaborat la secțiunile de psihodiagnostic, genetică, electroencefalografie și indexul explicativ de psihanaliză: dr. psiholog N. COSMOVICI, dr. biolog FL. TEODORESCU, dr. DRĂGUȚA NICOLAE, șef lucrări dr. ED. BILD

Prof. dr. Y. Dironynski

C U P R I N S

ARGUMENT

<u>OBIECTUL SI ISTORICUL PSIHIATRIEI</u>	13
<u>DIRECTII MEDICALE CEUAU INFLUENTAT PSIHIATRIA MODERNA SI CONTEMPORANA</u>	20
<u>SEMIOLOGIA PSIHIATRICA</u>	51
<u>PROCESELE DE CUNOASTERE</u>	53
. Senzația	53
. Percepțiile	54
. Psihopatologia senzorialității	55
. Iluziile	56
. Agnoziile.....	59
. Halucinațiile	61
. Atenția (Prosexia)	68
. Tulburările de atenție (Disprosexii)	70
. Memoria (procesele mnemice)	73
. Tulburările de memorie (Disamnezii)	75
. Disamneziiile cantitative	75
. Disamneziiile calitative sau paramneziiile	78
. Semiologia imaginației	86
. Aspectele psihopatologice ale imaginației.....	87
. Semiologia gândirii	89
. Tulburările gândirii	92
. Tulburările expresiei verbale și grafice ale gândirii...	101
<u>SEMIOLOGIA PROCESELOR MOTIVATIONALE SI AFECTIVE</u>	109
. Procesele afective	112
. Instinctele	112
. Emoțiile	114
. Dispoziția	115

6	
. Sentimentale	116
. Pasiunile	117
. Tulburările afectivității	117
. Tulburările cantitative ale afectivității	117
. Tulburările calitative ale afectivității	119
SEMIOLOGIA PROCESELOR EFECTORII : VOINȚA ȘI ACTIVITATEA..	121
. Voința	121
. Tulburări de voință	123
. Activitate și conduite motorii	124
CONȘTIINȚA ȘI SEMIOLOGIA TULBURĂRILOR DE CONȘTIINȚA.....	131
. Starea de conștientă sau vigilitate și tulburările ei.	133
PERSONALITATEA ȘI SEMIOLOGIA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE.	139
ELEMENTE DE PSIHO fiziologie	146
ELEMENTE DE ONTOGENEZA	151
SIMPTOMELE TULBURĂRILOR GENERALE DE ADAPTARE LA MEDIU DE	
VIATA ȘI ACTIVITATE	155
. Atitudini în urgența psihiatrică-suicidul și automutilarea	158
SINDROAME PSIHOPTOLOGICE	167
. Sindromul neurastenic	167
. Sindromul obsesivo-fobic	168
. Sindroamele hipocendriace	168
. Sindromul isteric	169
. Sindroamele psihopatice	170
. Sindroamele afective	170
. Sindromul maniacal	170
. Sindromul depresiv	171
. Sindroame de agitație psihomotorie	172
. Sindromul catatonic	174
. Sindromul neuroleptic	175
. Sindromul Korsakov	177
. Sindroame halucinatorii și delirante	178
. Sindromul Charles Bennet	178
. Halucineză	178
. Sindroame delirante	179
. Sindromul Kandiski-Clerambault	180
. Sindroamele tulburărilor de conștientă	180
. Sindroame psiho-organice	184
. Sindromul tulburărilor de comportament	187

7	
. Sindromul demential	2
. Sindromul pseudodemential	1
CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE	1
Evoluții criteriologice în psihopatologie	2
NEVROZE	2
Definiție	2
Epidemiologie	2
Clasificarea nevrozelor	2
Neureastenia	2
Simptomatologie	3
Forme clinice	3
Diagnostic diferențial	3
Tratament	3
Nevroza obsesivo-fobică	3
Simptomatologie	3
Forme clinice	3
Diagnostic diferențial	3
Tratament	3
Nevroza isterică	3
Simptomatologie	3
Diagnostic diferențial	3
Tratament	3
Nevrozele mixte	3
Nevroza ticurilor	3
Logonevrozele	3
Crampile profesionale	3
Enurazisul nevrotic	3
Pavorul nocturn și automatismul ambulator nevrotic..	3
Psihoterapia în nevrose	3
PSIHOPATIILE ȘI STĂRILE PSIHOPATOIDE SAU DE PSIHOPATIZARE	
A PERSONALITĂȚII	3
Definiție	3
Clinica psihopatiilor	3
Clasificarea și formele clinice ale psihopatiilor.....	3
Evoluția și prognosticul psihopatiilor.....	3
Tratamentul psihopatiilor	3
Stările psihopatoide sau de psihopatizare a personalității	3
OLIGOFRENIILE	3

Clasificarea oligofreniilor	240
Forme clinice ale oligofreniilor	241
Asistența medico-socială și tratamentul oligofreniilor	256
PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ	258
Sindromul melancolic	258
Simptomatologia melancoliei	258
Riscul suicidal și asistența de urgență	260
Forme clinice	261
Mania	263
Simptomatologia maniei	263
Forme clinice	265
Etiopatogenia psihozei maniace-depresive.....	267
Tratamentul psihozei maniace-depresive.....	267
SCHIZOFRENIA	270
Conceptiile asupra schizofreniei	270
Debutul schizofreniei	274
Formele clinice ale schizofreniei	288
Etiopatogenia schizofreniei	291
Diagnosticul schizofreniei	291
Tratamentul schizofreniei	293
PSIHOZELE DELIRANTE SISTEMATIZATE CRONICE	296
Definiție	296
Parafreniile	297
Paranoia	300
ALCOOLISMUL	304
Fiziologia și farmacologia alcoolului	304
Etiologia alcoolomaniei	307
Forme clinice de alcoolism	308
Personalitatea alcoolicului	317
Aspecte patogenice și anatomo-patologice.....	318
Tratament și asistența de urgență	320
Profilaxia alcoolismului	322
TULBURĂRI PSIHICE ÎN CURSUL EVOLUTIEI INFECTIEI SIFILITICE..	323
Etiopatogenie	323
Clasificare	325
Tulburări psihice ale sifilisului meningo-vascular.....	325
Sifilismul parenchimatos	325

Forme clinice ale P.G.P. ⁹	331
Tratament	333
TULBURĂRI PSIHICE DUPĂ TRAUMATISME CRANIOCEREBRALE	335
Tulburări psihice acute primare	335
Tulburări psihice primare cronice	337
Tulburări psihice cronice secundare	339
TULBURĂRI PSIHICE ÎN PROCESELE TUMORALE CEREBRALE	341
Tumori frontale	341
Tumori temporale	342
Tumori parietale	343
Tumori de corp calos	343
Tumorile lobului occipital	343
Tumorile de la baza creierului	344
Tumorile subtentoriale	344
EPILEPSIA	345
Definiția epilepsiei	345
Tulburările critice sau ale crizei paroxistice	346
neuronale	346
Crizele epileptice	347
Manifestările temporare intercritice.....	350
Tulburările psihice permanente	351
Etiopatogenia epilepsiei	353
Examenul EEG în epilepsie	354
Diagnosticul epilepsiei	355
Evoluție și prognosticul epilepsiei	355
Tratament și asistența de urgență	355
TULBURĂRI PSIHICE ALE GRAVIDO-PERPERALITĂȚII	358
Epidemiologie	358
Etiopatogenie	359
Forme clinice.Simptomatologie.....	359
Tulburări psihice ale gravidității	359
Tulburările psihice ale postpartumului precoce.....	360
Tulburările psihice ale postpartumului tardiv.....	361
Tulburări psihice postabortum	362
Diagnostic, evoluție și prognostic	362
Tratament	363
TULBURĂRI PSIHICE ÎN BOLILE ENDOCRINE	364
Definiție și forme clinice	364

. Diagnostic, evoluție și prognostic	366
. Tratament	366
TULBURARI PSIHICE ALE AFECȚIUNILOR SOMATICE	368
. Simptomatologie și forme clinice	368
. Diagnostic, evoluție și prognostic	371
. Tratament	371
ELEMENTE DE GERONTOPSIHIATRIE (psihiopatologia perioadelor de vîrstă înaintată)	373
. Aspecte generale	373
. Clasificarea tulburărilor psihice	376
. Sindroamele nevrotice și psihopatice de presenilitate	376
. Psihozele și demențele presenile	378
. Psihozele și demențele senile	384
. Sindroamele nevrotice, psihopatice, psihozele și demențele de natură predominant vasculară	386
. Tratament	388
INVESTIGAȚII ELECTROENCEFALOGRAFICE ÎN PSIHIATRIE	390
. Electrogenza	390
. Ritmurile cerebrale	391
. Modificările electroencefalografice	396
. Metode de activare	401
. Aspecte electroencefalografice în epilepsie	402
. EEG în traumatismele cranio-cerebrale	404
. EEG în ateroscleroza cerebrală	404
. EEG în tulburările și bolile psihice	405
ASPECTE NEURORADIOLOGICE ÎN PSIHIATRIE	407
. Radiografia simplă de craniu	407
. Tomografia trasaxială computerizată	408
. Pneumoencefalografia	408
. Angiografia sistemului carotidian	411
. Scintigrafia cerebrală	411
. Encefalocirculograme	412
. Radioradiografiile scintigrafice	412
. Roencefalografia	412
. Echoencefalografia	412
. Examenul peligrific	413
. Examenul lichidului cefalorahidian	414
EXAMENUL OFTALMOLOGIC ÎN PSIHIATRIE	419
. Examenul oftalmologic direct	420

. Semnele oftalmologice	424
IMPLICATII ALE FACTORULUI GENETIC ÎN BOLILE PSIHICE	431
. Factori etiologici în definiția mintală	438
INVESTIGAȚII PSIHOLOGICE ÎN PSIHIATRIE, ELEMENTE DE PSIHODIAGNOSTIC	445
. Scale de evaluare	456
. Tehnici proiective	456
. Metode de investigație în afectivitate	459
NOTIUNI DE TERAPIE PSIHIATRICA	463
. Metode terapeutice psihiatrice	463
. Tratamente biologice specifice-chimioterapia	464
(medicatia psihotropă)	465
. Clasificarea medicamentelor psihotrope	465
. Psihice	466
. Substanțe sedative și anticonvulsivante	466
. Neuroleptice	468
. Clasificarea neurolepticelor	469
. Neuroleptice standard	470
. Neuroleptice cu acțiune prelungită	479
. Utilizarea neurolepticelor în clinica psihiatrică	481
. Efectele secundare ale neurolepticelor	483
. Cura neuroleptică	486
. Tranchilizante	487
. Clasificare	488
. Indicații, contraindicații, eficiență clinică	488
. Psihoanaleptice (stimulante)	492
. Antidepresive, timoleptice și timeanaleptice	492
. Clasificare	492
. Indicații, contraindicații, eficiență clinică	495
. Mezanaleptice (stimulante ale vigilenței)	500
. Psihoanaleptice (stabilizatoare)	501
. Indicații, contraindicații, eficiență clinică	502
. Conduita terapeutică în cura de litiu	503
. Tratamente biologice speciale	505
. Electroterapia (electroșocul, convulsiterapia)	505
. Insulinoterapia	506
. Psihochirurgia	506

. Psihoterapia	506
. Psihoterapii individuale	507
. Psihoterapii colective	514
ELEMENTE DE PSIHIATRIE COMUNITARA	517
. Expertiza capacității de muncă în bolile psihice	521
DELINCVENȚA PATOLOGICĂ ȘI EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ	
PSIHIATRIA (PSIHIATRIE SUICIDARĂ)	529
MODELITĂȚI DE ORGANIZARE ÎN ASISTENȚA PSIHIATRICĂ	545
CONCEPTUL DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN OPTIUNEA ASISTENȚEI	
PSIHIATRIE	550
SOCIALUL ÎN DIMENSIUNEA ȘI EXIGENȚELE PSIHIATRIEI CONTEMPORANE	557
PSIHOPATOLOGIA CONDUITELOR AGRESIVE	565
COORDONATE ȘI PERSPECTIVE ÎN ASISTENȚA PSIHIATRICĂ	
POPULAȚIONALĂ	583
REFER DE TERMENI UTILIZATI ÎN PSIHANALIZĂ	590
INDEX DE TERMENI UTILIZATI ÎN OPRINS	605
BIBLIOGRAFIE CONSULTATIVĂ	613

OBIECTUL ȘI ISTORICUL PSIHIATRIEI

Psihiatria este o disciplină medicală. Ea se ocupă de studiul bolilor psihice și de asistența medicală a persoanelor invalidate de acestea. Boala psihică reprezintă o perturbare a personalității umane, care se exprimă prin modificări ale conștiinței de sine și ale raportului față de relațiile mediului ambiental.

Cuvântul psihiatrie are o origine greacă și din punct de vedere etimologic, înseamnă vindecarea sufletului (psyche = suflet, iatrea = vindecare). Deși termenul a rămas, înțelesul său s-a adâncit și clarificat datorită progreselor realizate prin cunoașterea mai amplă a mecanismelor de funcționare ale sistemului nervos și ale comportamentului uman, alături de progresele terapeutice în asistența bolilor psihice. Așa cum organismul este înțeles în unitatea sa morfo-funcțională și de relație cu mediul de viață, personalitatea umană este indiscutabil constituită într-o structură unitară și dinamică în care se disting funcții biologice, psihologice, axiologice, sociale și culturale. Aceasta explică și realitatea conștiinței ca expresie desăvârșită a evoluției sistemului nervos capabil de proiecția subiectivă a mediului în care se află și a propriei sale existențe.

Datorită acestui caracter complex al problematicei privind obiectul psihiatriei, boala psihică ca expresie a perturbării personalității umane în structura sa unitară și dinamică, - distingem și unele aspecte particulare față de alte discipline medicale.

Psihiatria s-a dezvoltat în decursul timpului și datorează în mare măsură progresul ce l-a realizat, relației cu alte discipline biologice și psihosociale. În

cercetarea și asistența medicală a bolilor psihice se înregistrează cunoștințele unor specialități medicale de morfologie, fiziologie, biologie, genetică, ca și a celor care se ocupă de bolile unor sisteme și aparate ale organismului, îndeosebi cele care privesc structura și funcția sistemului nervos, endocrin și metabolic. În egală măsură psihiatria integrează cunoștințele despre particularitățile dezvoltării funcțiilor psihice, conținutul și forma modificărilor lor sub acțiunea unor factori patogeni, care formulează sindroame și boli psihice.

Intrucât personalitatea umană se formează și se manifestă nu numai în ambianța fizică și biologică, dar în mod specific în relații sociale, valori de cultură și morală, într-un timp istoric cu tradiții și aspirații umane, psihiatria integrează în studiul bolilor psihice și al personalității bolnavului, elemente de sociologie și antropologie.

Acest caracter integrativ al unor cunoștințe și în formații survenite din alte domenii de cercetare conferă psihiatriei un caracter de sinteză și valoroasă probitate, deschisă și dinamică față de progresul general al științelor. În același timp, această sinteză realizează o unitate de disciplină medicală distinctă, prin obiectul său de studiu și de asistență, obiect pe care îl reprezintă suferința umană prin boala psihică, bolnavul și destinul său.

Prin aceste câteva trăsături distinctive psihiatria poate fi considerată disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. Ea se înscrie în cunoștințele medicale obligatorii despre patologia umană atât prin obiectul său de studiu, cât și prin numeroase relații etiopatogenice, semiologice și terapeutice cu domeniile de asistență și de cercetare ale altor specialități medicale.

Intericul psihiatriei este legat de succesiunea în timp și evoluția concepțiilor și cunoștințelor despre suferința prin boli psihice și formele lor de

tratament și asistență. Aceasta la rîndul său s-a făcut în strînsă legătură cu stadiul general de dezvoltare al științelor și al concepțiilor filosofice caracteristice fiecărei epoci istorice. Într-o prezentare succintă distingem următoarele etape:

Etapa prehipocratică a psihiatriei în care boala psihică era considerată de origine sau ca expresie a unor forțe supranaturale, întruchipate în zei sau alte creații mitice, după imaginația și cultura fiecărui popor. Din cunoștințele păstrate în legende, descrieri epice, credințe populare sau documente istorice rezultă identificarea unor tulburări de tip maniacal, a epilepsiei și a unor stări halucinator-delirante.

Atitudinea față de aceste manifestări, întrucît nu se poate vorbi încă de o asistență medicală, se confundă cu unele practici religioase efectuate în temple sau de persoane cu atribuții sacerdotale.

În epoca antică, psihiatria ca și întreaga medicină datorează progresul privind explicarea bolilor, cît și cel al tratamentului, personalității lui Hipocrate. Acesta a descris și a căutat să stabilească tratamentul medical în manie, delirul hipocondriac, delirul alcoolic, psihoza epileptică și isteria. Pentru o fundamentare biologică a medicinei este importantă considerarea, încă de la acea dată, a bolilor psihice ca boli ale creierului, iar bolnavii ca atare nu pot fi tratați decît de medici.

Este ilustrativ în acest sens următorul pasaj din opera lui Hipocrat: "Trebuie să se știe că pe de o parte plăcerea, veselia, rîsul, jocul, pe de altă parte indispoziția, tristețea, mînia, plînsul, nu provin decît din creier. Prin el noi gîndim, înțelegem, vedem, auzim, cunoaștem urîtul și frumosul, răul și binele, agreabilul și dezagreabilul. Prin el noi sîntem nebuni, delirăm, datorită lui credințele sau teroarea ne agită fie noaptea, fie după începutul zilei". (Hipocrat - De la malație sacre - traduction Littré, Paris, 1894).

Explicarea într-o formă științifică a bolilor psihice, după Hipocrat, o regăsim în Egipt îndeosebi în

vremea regilor Ptolomei, dar adevărata continuare și dezvoltare apare în perioada alexandrină prin Herophil și Erasistrat (300 ani î.e.n.), care marchează și trecerea către perioada greco-romană, reprezentată prin Asclepiade, Cels, Aretu, Soranus și Galien. Acesta din urmă este cunoscut până în prezent pentru contribuțiile în domeniul fiziologiei cerebrale. Galien (anul 150 î.e.n.) considera creierul "for" al activității, inteligenței, sentimentelor și al memoriei, grav alterate în cursul unor procese compressive sau inflamatorii.

Tradiția și ideile lui Galien sînt reluate mai târziu în țările arabe unde Avicena (980-1037) scrie un tratat despre "Melancolie", iar Ahmed Ibu Aljazzar despre "Maladia amorului".

În Europa, spre deosebire de tradițiile organiciste ale lui Hipocrat și Democrit cît și a adepților lor (Leucip, Epicur, Lucretiu), se dezvoltă, în Evul mediu concepțiile filosofice ale lui Aristotel și Platon, iar în configurația istorică a epocii, progresul cunoștințelor asupra naturii bolilor stagnează în ceea ce privește factorii cauzatori, formele de manifestare și tratamentul bolilor psihice.

În evul mediu, ca o consecință, asistența medicală a bolnavilor psihici este ignorată, iar unele boli psihice socotite ca "demonomanii" sînt supuse persecuțiilor și condamnărilor la moarte.

În perioada renasterii, la sfîrșitul secolului XVI, sub impulsul ideilor novatorii se revine la tradițiile științifice ale medicinei, boala psihică fiind recunoscută ca expresia a suferinței creierului. Felix Plater, Paolo Zacchias, Thomas Willis aduc contribuții în descrierea unor boli mentale, ca și în stabilirea unor criterii de clasificare și diagnostic.

Asistența bolnavilor psihici continuă să rămînă înesă lipsită de protecție și compasiune, uneori brutală prin condițiile mizere ale spitalelor și prin tratamente ca dușurile reci, purgative, sîngerări repetate.

În perioada istorică modernă, pînă la sfîrșitul

secolului XIX, la sub influența mutațiilor culturale, sociale și economice și a ideilor înaintate ale filozofilor enciclopediști francezi (Diderot, Lamettrie, D'Holbach, Helvetius, Cabanis) asistența bolnavilor psihici trece sub atribuția și competența medicilor. Așa cum se știe, deși spitalele pentru îngrijirea bolnavilor psihici au existat din secolul VII la Cairo, Fez și Arabia, de-abia peste o mie de ani medicul francez Ph. Pinel (1755-1826), care a fost însărcinat cu asistența bolnavilor psihici internați în spitalele de la Bicetre și Salpêtrière, a introdus condiții umanitare și a eliberat, din lanțurile în care erau ținuți, cei 80 bolnavi pe care-i îngrijea. Exemplul atitudinii și al ideilor sale au găsit ecou în Franța, în Italia (prin Vincenzo Chiarugi), Anglia (prin William Tuke) fiind urmate pretutindeni.

Opera lui Ph. Pinel este continuată și dezvoltată în Franța de Esquirol, care a delimitat monomania și a presupus existența paraliziei generale progresive, descrisă în 1833-1826 de Bayle și Calmeil, de Moreau de Tours (care a introdus metoda experimentală în psihiatrie), de R.A. Morel care a pledat pentru rolul eredității și a degenerescenței în patologia psihică.

Ch. Laségue, Jules Falret, Baillarger și Magnan au adus, în același timp, importante contribuții la descrierea și delimitarea unor boli psihice.

În Germania, la jumătatea sec. XIX, Griesinger (1845 - Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten) fundamentează biologic boala psihică ca o suferință a creierului.

În Rusia, în anul 1857, la Academia medico-chirurgicală din Petersburg, se înființează prima catedră de psihiatrie condusă de I.H. Babinski, care prin activitatea sa teoretică și practică a dezvoltat o școală, din care se distinge V.H. Kandinski, autorul lucrării "Despre pseudohalucinații", și în prezent valoroasă.

Tot Kandinski face o clasificare a bolilor psihice. La Moscova, prima catedră de psihiatrie este condusă de S.S. Korsakov (1854-1900) care a descris psihoza polinevritică alcoolică ce-i poartă numele. Pentru studiul activi-

tații psihice normale și patologice, cercetările lui Secenov și Korsacov au fost deschizătoare de orizont, fundamentind o școală de psihiatrie ilustrată de Serbski, Suhanov și Ganuşkin.

Psihiatria secolului XIX a fost puternic influențată de activitatea unor psihiatri englezi: Gardiner Hill și Conolly, dar îndeosebi de activitatea și opera psihiatru - lui german E.Kraepelin (1856-1926). Opera lui E.Kraepelin este marcată de ampla clasificare a bolilor psihice, în baza evoluției și prognosticului lor, fundamentind astfel clasificarea nosologică în psihiatrie.

În această perioadă psihiatria s-a dezvoltat ca știință medicală prin valoroasele contribuții ale lui - Korsacov, Th.Ribot - asupra tulburărilor de memorie - și E.Mansley, întemeietor al curentului evoluționist și al pedopsihiatriei.

La aceasta a contribuit progresul realizat în studiul microscopiei creierului de V.A.Betz, E.conomo, Bradman, Vogt, care au dezvoltat curentul "localizaționist" al unor psihiatri de renume ca Meynert, Vernicke și Kleist.

Dezvoltarea psihiatriei românești. În perioada feudală, asistența bolnavilor psihici are un caracter caritabil fiind organizată pe lângă unele mănăstiri: Căldărugani, Schitul Balamuci, Mărcuța, în Muntenia; de Schitul Madona Dudu, în Oltenia; de Mănăstirea Neamț, Golia și Schitul Adam, în Moldova.

Este de remarcat spiritul de toleranță și caritate față de asistența bolnavilor psihici, exprimat și în unele documente și pravile.

Ca urmare a unor idei progresiste și după actul istoric al unirii principatelor, asistența medicală a trecut în sarcina Ministerului de Interne, ceea ce înseamnă trecerea de la asistența în mănăstiri, la cea laică și medicală.

În perioada anului 1867-1868, se ține curs benevol de psihiatrie de către Alexandru Sutu, care devine și titularul "catedrei de psihiatrie și al clinicii de maladii mentale" (1897-1898) al Facultății de Medicină din

București.

La Iași, după înființarea Facultății de Medicină în 1879, ospiciul de alienați Golia, condus de Julian Lukaszewski, devine baza de învățămînt pentru psihiatrie și neurologie. În anul 1895 Dr.Al.Brăescu ține un curs de "Patologie a bolilor mintale", iar Dr.Pastia ține un curs liber de "Clinică a bolilor nervoase și mintale". Cursurile de neurologie și psihiatrie au fost apoi ținute de Dr.Panaite Zosin, care a fost titularul catedrei pînă în 1912.

În aceeași perioadă, la București, Prof.Alexandru Obreja aduce o valoroasă contribuție pentru învățămîntul de asistență medicală, el fiind acela care a folosit la noi metoda anatomo-clinică și experimentală în studiul psihiatriei.

Deschiderea Spitalului "Socola" de la Iași și ocuparea catedrei de Neurologie și Psihiatrie, în 1912, de către C.I.Parhon, au însemnat crearea școlii științifice de la "Socola" și un remarcabil progres pentru știința și învățămîntul românesc. Raportul pe care l-a prezentat C.I.Parhon în 1913 la Congresul Internațional de Psihiatrie de la Gandt a deschis perspectiva cercetărilor de endocrinopsihiatrie și a studiului biologic în bolile psihice. În activitatea sa de la Iași și București, savantul C.I.Parhon a îndrumat și a urmat activități științifice în domeniul psihiatriei și endocrinologiei organizînd conferințe și congrese naționale ca și Societatea de Neurologie, Psihiatrie și Endocrinologie, cu propriul ei buletin științific. În același timp, pentru orientarea științifică în studiul bolilor psihice, a avut o deosebită importanță dezvoltarea școlii de neurologie legată de activitatea savantului Gh.Marinescu, alături de care și-au început activitatea C.I.Parhon, I.T.Niculescu, A.Radovici, State Drăgănescu, Oscar Sager, A.Kraindler.

După plecarea la București a lui C.I.Parhon, activitatea științifică, didactică și de asistență la Iași și Spitalul "Socola" a fost continuată de L.Ballif și apoi de P.Brânzei, pînă în 1985, prin a căror contribuție Spitalul Clinic de Psihiatrie "Socola" este recunoscut ca o

prestigioasă școală medicală.

Asistența psihiatrică din țara noastră, este asigurată de serviciile clinice, spitalele de psihiatrie, cabinetele de consultații din policlinicile teritoriale și serviciile de Sănătate Mintală.

DIRECTII MEDICALE CE AU INFLUENTAT PSIHIATRIA MODERNA SI CONTEMPORANA

După cum am văzut psihiatria este o disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. Stadiul său actual de constituire și funcționare ca domeniu de cercetare și asistență medicală este, la fel ca al oricărei discipline medicale, rezultatul unor observații, cercetări, practici și concepte privind activitatea psihocomportamentală și asistența perturbărilor ei. În societatea contemporană, psihiatria deține o importantă pondere în asistența medicală a stării de sănătate a persoanei și a populației, ceea ce stabilește și necesara sa cunoaștere de către toți cei ce dețin calitatea de a asista și promova starea de sănătate mentală.

În istoria modernă a psihiatriei evoluția conceptelor și asistenței sale medicale s-a făcut în limitele culturii și civilizației sau ale unor progrese despre condiția umană, sănătate, și boală. Astfel, acest proces firesc oricărui domeniu de cunoaștere, permite să se distingă concepții și direcții de dezvoltare în istoria modernă și contemporană a psihiatriei. Aceste concepții, în mod succint, pot fi prezentate după trăsăturile dominante sau caracteristice prin care s-a exprimat înțelegerea și explicarea proceselor de sănătate și boală mentală.

Concepții bio-organice, organo-funcționale, bio-reglatoare, integrative exprimă tendința de a stabili relația dintre bolile organice și tulburările psihice, ca și a substratelor lezionale sau de perturbarea funcțional-organică. Dezvoltarea anatomiei patologice, de la contribuția lui Morgagni privind localizările unor boli și apoi a

lui R. Virchow prin doctrina patologiei celulare, au configurat tendința de identificare a bolii cu leziunea locală ce a determinat-o. Acest morfologism clasic este localicist și solidist, în sensul importanței ce se acordă substanței tisulare sau organului lezat și nu sistemelor umorale. Metoda anatomo-clinică promovată de Laënnec a fundamentat criteriile de clasificare a bolilor prin specificul relației dintre leziune și sindromul clinic, după cum bacteriologia și descoperirile sale, începute de Pasteur, au promovat gândirea etiologică. Astfel, un complex lezional este specific unei cauze microbiene ce instituie un tablou clinic caracteristic. Acest sens monocausal, local lezional, anatomic prin care se constituie o etiologie specifică este întărit și de progresele neurochirurgiei și neuroanatomofiziologiei, prin care se stabilesc relațiile dintre substratul lezional și tulburările psihocomportamentale. Clérambault, Magnan, Seglas, Griesinger, Meynert, Wernicke sînt cîteva exemple dintre cei care au contrăbuit la fundamentarea medicală a psihiatriei printr-o gândire etiologică și anatomo-clinică. Una dintre primele sistematizări clinico-nesologice, de referință, a bolilor psihice aparține lui Kraepelin și pleacă de la susținerea relației dintre bolile psihice și leziunile cerebrale.

Evoluția conceptelor care au direcționat cercetarea medicală este complexă și, deși prezintă aspecte distincte, nu considerăm potrivită schematizarea lor sau o eventuală judecare ca o dispută de ipoteze ce se anulează. Astfel, unele concepte asupra patologiei accentuează importanța a ceea ce este o patologie a relației identificate într-o analiză cauzală (G. Ricker), sau altele enunță criteriile de ordine și organizare (Rethschun).

La fel, în gândirea medicală modernă s-a dezvoltat conceptul unei patologii în care se acordă importanță funcțiilor de reglare prin sisteme integrative și de reglare cum sînt de exemplu sistemul nervos și sistemul endocrin. Putem apoi constata cum, în concepțiile privind analiza bolii sau a unei stări patologice, s-a pus accentul în mod succesiv pe aspectele substanțiale, apoi pe cele energetice și informaționale, sau de la cele lezionale, la cele fiziopatologice și apoi ale funcțiilor de reglare.

Se poate constata în consecință atenția ce a fost acordată, în ultimile 4-5 decenii, patologiei corelative în-deosebi în baza metodelor de cercetare histochemică și histo-fizică.

Aria de cercetare și de referință clinică a neuroen-docrinologiei rezultă din cercetarea anatomoclinică și expe-rimentală a regiunii hipotalamo-hipofizare, ca un complex neuro-glandular superior. La orice nivel al sistemului neuro-endocrin întâlnim însă dispoziții morfo-funcționale identice care nu pot fi separate de rolul substanțelor biologice ac-tive, vitamine, enzime, săruri minerale, toxine naturale, gene, antigene, anticorpi (ergone-Euler).

Cercetarea și stabilirea acestor relații conduce că -tre o concepție patogenică asupra patologiei corelative (G.Roussy- M.Masinger).

Prin sistemul neuroendocrin procesele patologice pot fi clasificate în cele de dezintegrare abiotică și cele consecutive acestora, încât patologia primitiv lezională con-duce la o patologie de reacție la leziuni, ca o patologie de sistem prin corelații funcționale.

Patologia corelativă a acordat atenție glandelor en-docrine (a creat termenul de "agresologie" folosit în concepția lui Laberit) ca bază conceptuală a reacțiilor en-docrinene de adaptare din concepția lui M.Selye.

S-au constatat, pe cale experimentală, aspectele co-mune ale unor reacții la acțiunile diferite ale unor stimuli, nexa și situații. În acest sens se pot consta-ta reacții adaptative specifice (cum ar fi reacțiile se-rologice la antigene specifice și altele), după cum apar și mecanisme fiziologice nespecifice care cresc rezistența organismului față de acțiunea unei injurii sau a unui stress. Ansamblul reacțiilor nespecifice la un stress constituie sindromul general de adaptare, caracterizat prin-tr-un set de modificări morfologice și funcționale (hipertro-fia corticosuprarenală, secreția crescută de corticoizi, involuția timusului și a organelor limfatice, ulceratii gastroduodenale, modificări caracteristice în morfologia și biochimia sîngelui). Sindromul general de adaptare evoluează, cînd este tipic, în trei stadii:

1. Reacția de alarmă - fenomene de șoc cum sînt: hipotensiunea, hipertermia, hemoconcentrația, creșterea per-meabilității capilare și depresiunea sistemului nervos și contra-șoc cum sînt: creșterea secreției de A.C.T.H. și de corticoizi, prin hipertrofia cortico-suprarenală și eozinopenia, (indicator larg utilizat în interpretarea cli-nică și experimentală).

2. Stadiul de rezistență, ca un contra-șoc pre-lungit, cu creșterea rezistenței față de un agent par-ticular care acționează, dar cu scăderea rezistenței or-ganismului față de alte nexa.

3. Stadiul de epuizare, este neobligator și se caracterizează prin prăbușirea rezistenței specifice și nespecifice.

Orice agent capabil să promoveze o reacție de alarmă devine un stimul de alarmă, după cum atunci cînd provoacă desfășurarea sindromului general de adaptare devine un agent stressant.

Răspunsul la stress constă în efectul direct al unui agent asupra organismului, de răspunsurile interne care stimulează apărarea tisulară, cît și de răspunsurile ce favorizează răspîndirea în organism a unor efecte no-cive, sau chiar a unei nexa. De echilibrul dintre acești factori depînd rezistența și adaptarea, iar echi-librul acesta decurge din competiția dintre factorii de condiționare (adrenalina, hormonii tiroidieni, alimentația, influențele nervoase, ereditatea) și memoria tisulară (re-petate expuneri la stress).

Această schemă patogenă este identică în numeroase boli ale adaptării (hipertensiunea, periarterita nodoasă, leziunile inflamatorii și degenerative articulare, involu-ția timusului accidentală etc.), ale unor sindroame psiho-somatice, diencefalice și boli mentale, ea oferind pers-pectiva considerării sistemului relațional ambiantă nu numai în particularitatea ei nocivă, dar ca element de solicitare, tensiune și adaptare. Bolile de adaptare pot fi astfel văzute ca perturbări de reglaj, de sistem cibernetic (insuficiență de corelație) sau însoțite de

deficite energetice prin insuficiențe metabolice.

Valoarea euristică a acestor concepte este exprimată prin amplasarea cercetărilor clinice și experimentale, cât și perspectiva oferită înțelegerii unor procese fiziologice și patologice.

Conceptiile despre boală și sănătate sau despre procesele fiziologice și cele patologice se dezvoltă succesiv, uneori prin reluări de ipoteze care găsesc mijloacele instrumentale de analiză și verificare, alteori coexistă sau sînt parțial preluate și integrate în sisteme de gândire medicală ce corespund unor progrese științifice noi.

Nervismul pavlovist a continuat (prin I.P.Pavlov) viața reflexologică a lui Sečenov privind funcționarea sistemului nervos, fenomenul de inhibiție nervoasă, iar de la Vvedenschi a dezvoltat noțiunea de parabioză, elaborînd apoi în mod original studiile asupra reflexelor condiționate. De la Bothin, a fost dezvoltată teza nervismului prin care sistemul nervos deține rolul principal în echilibrul stării de sănătate ca și în apărarea față de agenții patogeni. Se insistă asupra relației dintre funcția diferitelor structuri neuronale și manifestările psihologice.

I.P.Pavlov, în concepția sa fiziologică, prin formația de naturalist și apoi cea medicală, oferă un orizont biologic unui model de adaptare care pornește de la națiunea de reflex.

Se disting astfel reflexe simple, înăscute, reflexe complexe, instincte, ce caracterizează activitatea nervoasă inferioară și reflexe condiționate. Acestea din urmă caracterizează organismele evoluat, ce trăiesc într-un mediu complex și variabil și elaborează o activitate nervoasă superioară prin capacitatea sistemului nervos de a realiza legături temporare între un excitant și răspunsul la acesta. Aceste legături stau la baza reflexelor condiționate, ele sînt dobîndite, se învață la repetare și se sting dacă nu sînt întărite. Astfel teoria reflexelor se bazează pe principiul determinismului (al impulsului, al unei cauze sau a unui efect determinant), pe principiul analizei și sintezei (descompunerea și reconstituirea

întregului) și pe principiul structuralității (dispoziția acțiunii forțelor în spațiu, al adaptării funcției la structură).

În reflexele condiționate, excitantul cu valoarea sa de semnalizare realizează primul sistem de semnalizare, iar reflexele condiționate ale acestui sistem asigură adaptările fine ale organelor interne. (I.P.Pavlov a studiat reflexele condiționate luînd ca test reacția secretorie a glandelor salivare). Activitatea nervoasă superioară are ca substrat anatomic emisferele cerebrale, mai ales cortexul. Scoarța cerebrală, prin dezvoltarea la om, corespunde apariției și dezvoltării unui al doilea sistem de semnalizare (semnalizarea semnalelor) care este alcătuit din limbaj; condiția de existență socială și limbajul sînt premisele gândirii abstracte. Cuvîntul fiind un excitant real, psihologia este cuprinsă în cadrul unei fiziologii unitare, reflexul condiționat corespunzînd procesului psihic elementar de asociație. I.P.Pavlov prin menismul entologic și cel metodologic (în cercetările de fiziologie) a tentat explicații cauzale proceselor psihice, în termeni fiziologici. În același timp, a cuprins fiziologia corticală în cadrul fiziologiei organismului, conceptul unei funcții integrative a sistemului nervos fiind enunțat și de Sherrington.

S-a enunțat funcția de control cerebral al tuturor actelor fiziologice cu atributele principale de adaptare prin echilibrarea influențelor de mediu prin activitatea nervoasă superioară, utilizînd în raport de situație, mobilizarea resurselor - fenomenul de excitație sau inhibiția de protecție. Inhibiția și excitația, mobilitatea și forța lor, diferențiază comportamentul indivizilor din aceeași specie și, în raport de aceasta, caracterizează capacitatea lor de apărare.

În acest fel se definesc tipuri de activitate nervoasă superioară, care ar putea corespunde celor patru tipuri de temperamente hipocratice.

Condiția umană diferențiază și ia în considerare predominanța unor categorii specifice și anume: tipul ar-

artistic (predominanța primului sistem de semnalizare), care în stările psihopatologice ia forma isteriei, și tipul gînditor (predominanța celui de-al doilea sistem de semnalizare) care în stările psihopatologice ia forma psihasteniei. Referința conceptelor expuse se face nu numai la fiziologia corticală, ci și la patologia și terapia psihocomportamentală, așa cum se poate constata în modelul nevrozelor experimentale la animal, fiind posibilă provocarea, în condiții experimentale pe aceleași animale, de tulburări asemănătoare psihozelor, la oameni.

Tulburarea activității nervoase superioare devine sinonimă cu nevroza, iar numeroase ^{afecțiuni} viscerale sînt repercursiuni ale acesteia, după modelul experimental. Astfel sănătatea presupune o bună funcționare și reglare, nevralul deținînd rolul principal în reglarea viscerală.

Principiul reflex domină în patologie, prin aceasta se realizează reglarea în funcție de ceea ce interocepția trimite spre emisferale cerebrale. În aceste reflexe se găsesc componente innăscute (comune speciei) și dobîndite, reflex-condiționate, ca expresie a experiențelor anterioare. Reglarea se face prin nervi (localizată și promptă) sau pe cale umorală (lentă, durabilă, difuză).

În medicină, pavlovismul este o concepție integrativă acordînd preferințe metodelor experimentale, sintetice și celor care iau în considerare organismul, ca un întreg funcțional. Fidel unui principiu evoluționist, al teleencefalizării, a pus accentul pe rolul sistemului nervos.

Viziunea integrativă, plecînd de la cercetarea și experimentul fiziologic s-a edificat în concept generalizant asupra funcționării organismului, al sănătății, al proceselor de boală și al terapiei.

O direcție de cercetare în medicina contemporană, deasemenea în opoziție cu morfologismul patologiei clasice, apare prin utilizarea noțiunii de leziune biochimică, în înțelegerea unei patologii sau biologii moleculare. Este cunoscută în acest sens înțelegerea ce a fost dată noțiunii de diateză ca stare constituțională premorbidă a întregului organism, în care se produc dereglări ale

echilibrului umoral și alterări chimice în țesuturi.

Se revine deasemenea, prin descoperirea imunității umorale și prin progresele endocrinologice (semnificația hormonilor) la edificarea unei patologii umorale ce depășește limitele înțelegerii acordate de patologia lezională, viscerală sau tisulară.

La fel, pentru numeroase stări patologice se identifică deficiențe enzimatică, ca erori innăscute de metabolism. Unele din acestea duc la grave tulburări psihice, ca în cazul tezaurizămozelor, după cum acestea se incriminează și în alte situații cu o simptomatologie similară.

O altă referință cu proiectare asupra patologiei pleacă de la noțiunea de autointoxicații ce pot decurge prin modalități diferite, insuficiențe ale emonctorilor, staze, hiperproducte secretorii sau alterări ale unor produse secretate. Îmbătrînirea, moartea naturală, unele boli endocrine și psihice (schizofrenia) au fost explicate prin aceste procese. O altă direcție de cercetare a fost explicarea însușirilor biologice ale substanțelor plastice, energetice, reglatoare, ale medicamentelor și substanțelor toxice prin structura lor chimică sau electronică, ca expresie a unei biologii submoleculare. „Biologia moleculară” devine un domeniu de interferențe între biochimie și biofizică cu explorări la nivelul ultrastructurii intracelulare, îndeosebi ^{ale} macromoleculelor proteice, acizilor nucleici sau al transferului de membrană.

Un punct de vedere contemporan este constituit de medicina cibernetică cu aplicațiile sale disciplinare în care se analizează principiile generale ale reglării privind sistemele în care au loc transmiterea și prelucrarea informațiilor (deține în acest fel strînse relații cu teoria sistemelor a lui Bertalanffy).

Prin această contribuție s-a pus în evidență principiul reacției inverse (feed-back negativ sau pozitiv) privind controlul eficienței unei acțiuni de atingere a unui obiectiv final.

S-au explicat astfel principiile de funcționare ale sistemelor homeostatice, iar noțiunea clasică de arc

reflex prezentată prin circuitul în care centrul este informat de interoceptori asupra modului de efectuare a acțiunii comandate (afierentarea inversă). Cibernetica deține relații cu bioritmologia (explicând endogeneza unor ritmicități) și cu medicina informațională. În cercetarea proceselor homeostazice sînt folosite modele matematice, fizice și electronice, ultimele fiind și -mulări simplificate ale sistemelor vii. În psihologia și neurofiziologia sistemului nervos, prin cibernetică s-au construit modele teoretice explicative și modele electronice analoage proceselor logice de calcul și de gîndire.

De asemenea prin cibernetică s-a aprofundat studiul proceselor de reglare din organismele vii și al unor acțiuni și relații patologice, ca și al unor corelații funcționale în capacitatea de adaptare la solicitări. S-au elaborat puncte de vedere în această direcție asupra înțelegerii noțiunii de sănătate, vindecare, boală, îmbătrînire, de biologie a sexualității.

Ca ramură specializată, bionica cercetează obținerea tehnică, ca modelare sau aplicare, a unor dispozitive funcționale asemănătoare organismelor vii. O altă direcție de dezvoltare a ciberneticii poate fi considerată perspectiva informațională a medicinei prin care organismul este considerat în mod esențial ca un model informațional.

În medicina contemporană, concepția imunologică arată numeroase proiecții disciplinare privind bolile somato-viscerale, endocrine, neurologice, cît și în psihiatrie. Reacțiile defensive antimicrobiene, antivirotice ca reacții celulare sau umorale specifice, au fost studiate în imunologia clasică.

După cum s-a constatat organismul poate însă produce anticorpi și împotriva propriilor sale componente care au devenit antigenice pentru sistemul imunitar. În bolile denumite de autoagresiune imunitară (cum sînt boala Hashimoto, lupusul eritematos ș.a.) au fost incriminați autoanticorpii, iar desfășurarea proceselor autoimunitare este văzută în diverse posibilități, reactivitatea imunitară fiind integrată în fiziologie, ca și în procesele de

creștere, diferențiere, regenerare, cu numeroase corelații patologice. Astfel, autoagresiunea este cercetată în procesele îmbătrînirii, în unele particularități ale terenului reactiv, în unele psihoze (schizofrenii, psihoze maniaco-depresivă, psihoze de involuție), ca factor predispozant în aberații cromozomiale și în procese neoformative.

II

Informarea succintă asupra cîtorva concepte, sau direcții de cercetare în decursul medicinei moderne și contemporane constituie o referință de explicații și înțelegeri mereu perfectibile și uneori preluate și dezvoltate de alte sisteme conceptuale, fundamentate de noi informații sau progrese științifice.

Clasificarea acestor direcții de cercetare ca și a cadrului lor conceptual, poate fi făcută după diverse criterii, premise, metode de lucru, grupări prin relații de complementaritate cu alte domenii de cunoștințe, sau însușiri dominante comune care dau caracterul distinctiv unor direcții teoretice și experimentale de studiu asupra funcționării sănătății și a proceselor de boală.

Din aceste multiple posibilități de clasare sau grupare este firesc să se evite schematismul deformat al înțelegerii totdeauna opozante ale unor opinii și teorii, pierzîndu-se din vedere contribuțiile care au susținut progresele medicale. În acest sens poate servi unei informări generale citarea acelor concepte care se referă cu precădere la condiția biologică, de materie vie, în cercetarea medicală a organismului uman.

X

În continuare sînt prezentate însă acele concepte care, fără a omite această condiție, acordă atenție la ceea ce este caracteristic uman conferind astfel o dimensiune antropologică a condiției umane.

Relația dintre particularitățile aspectului fizic și structura mentală a unei persoane a fost deseori empiric intuită și a fost premiza concepțiilor constituționaliste

sau tipologice în medicină. Debutul acestor concepții poate fi găsit în medicina hipocratică și galenică (doctrina umoralistă a temperamentelor) ca și în gândirea Renașterii, iar la începuturile medicinei moderne la Morel, Magnan, după care bolile psihice sînt expresia unor degenerescențe. Deasemenea în antropologia criminală a lui Cesare Lombroso, în frenologia lui F. Gall sînt descrise particularități psihice în raportul lor cu particularitățile fizice și craniene. La începutul secolului nostru lucrările antropometrice ale lui A. De Giovanni și ale lui G. Viola au contribuit la fundamentarea noțiunii de tip constituțional, noțiune cu amplă utilizare clinică. Endocrinologul N. Pende sub denumirea de „biotipologie” înțelege complexul de manifestări anatomo-funcționale și psihologice al cărui diagnostic permite stabilirea tipului structural-dinamic al oricărei persoane.

Biotipul este stabilit după evoluția sa antologică, fiecare etapă a acestei evoluții avînd o formulă endocrină ce explică, prin tipul ei, particularitățile somato-psihice. Aceste tipuri, la adult, pot fi: longilin hipostenic-hipotonic, lengilin steno-tonic, brevilin hipostenic-hipotonic, brevilin steno-tonic. Concepția în sine, ca și exemplul acestor tipuri, arată atenția ce se acordă diferențelor dintre indivizi (morfologice, intelectuale, morale, de aptitudini, reproductive, valoare socială ș.a.) care definesc biotipul.

Asupra clasificărilor morfotipologice a insistat și Claude Sigaud, dar contribuția cea mai folosită în clinică aparține lui Ernest Kretschmer, prin descrierea tipului picnic, leptosen și athletic. În psihiatrie, tipurilor constituționale le aparține normalitatea, definind prin perturbarea lor aspectul și riscul psihetic. După W.H. Sheldon formele constituționale au sursă în dezvoltarea embriogenă, din endoderm, mesoderm sau ectoderm configurînd tipul endomorf (visceral), mesomorf (oste-articular și cardio-vascular bine dezvoltat) și ectomorf (tipul slăbit, sensibil, intelectual). De la aceste caracteristici de bază au

fost descrise 88 de somato-tipuri folosindu-se măsurători (17 diametre ale corpului) și notări scalare, temperamentul fiind rezultatul unor componente primare viscerotone, somatotone și cerebrotone.

Concepțiile biotipologice au susținut unitatea somato-psihică a persoanei cu evidențierea rolului ce-l deține terenul sau predispoziția. Luînd în considerare corelațiile statistice dintre aspectele somato-viscerale și psihice (operante pe grupe mari), diagnosticul clinic decurge din cel biotipologic. Se tinde astfel la o cercetare diferențiată a biologiei și psihologiei umane, diferită de reprezentările generale și abstracte despre om.

Psihanaliza este o concepție care a influențat, gîndirea medicală, psihologică, precum și alte domenii de activitate și cercetare din lumea modernă și contemporană. Este o concepție întemeiată de S. Freud despre dinamica persoanei umane privind structura și dinamica psihicului, prin care se elaborează etiopatogenia bolilor psihice, pornind de la nevroze, ca și metoda terapeutică prin explorarea structurilor inconștiente (profunde) ale personalității. Sînt luate în considerare trei elemente dinamice și anume: Ego, Supra-Ego și Libido. S. Freud înțelege prin libido tendința generală de plăcere, Eros, nu numai iubirea sexuală. Această plăcere, iubire, se confundă cu înșăși pornirea originară a vieții. Obiectul spre care se îndreaptă aceasta este: propriul eu (identificat cu propriul corp și apoi cu ansamblul personalității); persoanele apropiate, îndeosebi mama, apoi persoanele de alt sex; lumea imaginației și gîndirii interioare concepută în opoziție cu cea exterioară.

Energia erotică canalizată spre aceste direcții, denumită catexis, devine ego-catexis, obiect-catexis și fantexis-catexis sau narcisism.

În disputa față de libido, instinctul vieții situează instinctele distructive de viață (de moarte), cu rol mult mai redus decît cele ale vieții.

Prin instinct se înțelege o pornire generală, ereditară, comună la terți, dar cu grade diferite.

Viața psihică este sub influența sau dominanța tendințelor inconștiente care o pot perturba, ele fiind de esență instinctuală (pulsională) și orientate după principiul plăcerii (gratificației). Pornirile libidinale se exprimă la început și se fixează asupra corpului și tendințelor organice ce se manifestă prin tendința masochiste (îndeosebi plîns). După cîteva luni de viață, apar iubirea mamei și tendințele sadice (de lovire), apoi se fixează pornirea față de tată și celelalte persoane. După 3-5 ani, se manifestă pornirea narcisică, de iubire a propriei persoane, iar în dezvoltarea pubertară cea către persoane de sex opus.

În succesiunea etapelor de dezvoltare s-ar distinge în primul an de viață faza orală, pulsionea libidinală expunîndu-se în cursul suptului dar și al mișcărilor - ulterior, în al doilea an, pulsionea intră în faza anală, cînd se fixează asupra sfincterelor. Primele două faze evidențiază un autoerotism față de corpul propriu, urmat de faza genitală (falică), în care se precizează obiectul iubire în afara propriului corp și se constituie complexul Oedip.

La băieți se continuă de fapt faza orală și cea anală, cu faza falică prin relație de obiect cu mama și rivalitatea cu propriul tată. Complexul de castrare (teamă de pedeapsă) devine mai puternic decît iubirea față de mamă, care progresiv diminuează și se ajunge în faza de latență sexuală ce continuă pînă la pubertate.

Fetele, în primele faze, se atasează și ele de mamă (fazele preoedipale), dar, descoperind diferențele anatomice față de băieți, se instituie frustrarea și estilitatea față de mamă, cu apropiere față de tată. Același relații de rivalitate, dorință imaginară neîmplinită și frică (dezaprobarea mamei) diminuează iubirea față de tată.

Instinctul de viață (de autoconservare și cel sexual) ca și instinctul morții sînt ordonate de principiul constanței, cu menținerea echilibrului prin descărcarea tensiunii interne și instituirea unui nivel de repaos, la rîndul său realizat după principiul plăcerii. Maturizarea

funcției Ego-ului intervine și modifică tendințele de descărcare tensională orientate după principiul plăcerii.

Astfel motivațiile inconștiente cu rolul predominant al libidoului (pansexualism) direcționează evoluția psihicului uman, iar frustrarea și traumatismele la acest nivel duc la nevroze și tulburări somato-viscerale psihogene (vegetative, cardio-circulatorii, senzoriale).

Psihicul este conceput prin zona funcțională și anume id (sinele, ego și super-ego).

Id (sinele) este zona pulsionilor, este neorganizat, inconștient și acționat de principiul plăcerii în opoziție cu ego-ul, ordonat de principiul realității. Id, devine prin slăbirea cenzurii, dominant în cursul somnului, visul avînd și funcția de a modera tensiunea pulsională care se manifestă într-o formă simbolică. Analiza viselor prin tehnica psihanalizei deține astfel o valoare de cercetare a inconștientului, de diagnostic, dar și terapie.

Ego sau Eul în opoziție cu Sinele pe care-l modelează și care opune rezistență, este o realitate dinamică între zona pulsionilor (sine-libido) și super-ego (supra-eul). Funcția sa este de împăcare și sinteză a pulsionilor libidinale și exigențele, coercitiv-morale, ale Supra-eului.

Sinele (id) este de la naștere, dar prin contactul cu lumea exterioară ia formă și dezvoltă eul, iar acesta va influența și subordona principiul plăcerii principiului realității. Eul realizează medierea dintre sine și lume prin funcția de relație și adaptare (percepție, memorie, acomodare, înțelegere), prin controlul pulsionilor (sau reglarea lor), prin trecerea relațiilor de obiect de la narcisism la relația socială (intra-familială și de grup social), prin coordonarea, sinteza funcțiilor psihice și prin apărarea față de amenințările interne și externe.

Mecanismele de apărare, ca funcție a eului, sînt multiple: refulare, izolarea, deplasarea, raționalizarea, regresivitatea, evitarea, sublimarea, descărcarea ș.a. Tulburările psihice sînt travestiuri ale pulsionilor libidinale

refulate ce reapar în câmpul conștiinței pentru a obține satisfacția (gratificația) sau, expresia altor mecanisme de apărare în dinamica raportului dintre sine, eu și supra-eu.

Supra-eul decurge din normele sociale imprimate prin sugestie și dictat din fragedă copilărie și este o forță inconștientă prin care normele devin imperative categorice. Este o forță a realității interioare (un glas al conștiinței- Cain) deși originea sa este o realitate din afară ca rezultat al procesului de socializare din prima copilărie. Procesul de socializare pe care se bazează supra-eul se obține prin pedeapsă și recompensă pe cale fizică și orală (prin Da sau Nu, ca și expresii similare), fără motivare rațională, care apare după 3-5 ani, cu rol important în pubertate și adolescență.

Un rol important în dezvoltarea psihică (limbaj, gestualitate) se acordă identificării cu o persoană adultă, părintele (de obicei de același sex). Complexul Oedip derivă din această identificare.

Între pulsuniile libidinale și exigențele normelor sociale, întruchipate în supra-eu, se desfășoară un continuu conflict a cărui soluționare nu se realizează niciodată. Eul, identificat cu propria interioritate este sufocat și tiranizat fie sub acțiunea sinelui, fie sub cea a supra-eului, iar actele determinate de acestea au caracterul unor „porniri” la care ne opunem sau „dictate” la care ne supunem. Totuși cooperanța între eu și supra-eu este mai amplă decât cea dintre eu și sine.

Traumele psihice, îndeosebi cele precoci, în perioade de sexualitate infantilă, ca și conflictul dintre sine și eu sunt incriminate în pato-genia nevrozelor și a psihozelor. Simptomatologia lor exprimă acțiunea dinamică a eului în reprimarea pulsuniilor inconștiente. În schizofrenie însă s-ar evi denția o psihogenă slăbire a eului, cu regresivitatea psihicului la un nivel narcisic, asocial și primitiv, cu impunerea sinelui.

Psihanaliza atenționează asupra unei stricte individualizări a etipatogeniei și terapeuticii și de aceea, acordă importanță biografiei unei persoane. Analiza biografiei

oă se extinde pînă la prima copilărie, care nu poate fi dedusă decât prin modalități indirecte, cum sînt analiza viselor, asociațiile libere de cuvinte ș.a. Prin metodele psihoterapeutice se caută nu numai catarisul (liberare prin mărturisire), dar îndeosebi transferul, prin stabilirea unei legături psihice cu medicul, după aducerea în planul conștiinței a celor refulate.

Psihanaliza, concepția creată de S.Freud a exercitat o amplă influență încă din perioada vieții autorului ei, dar și controverse dizidente, severe critici și negări. Contribuția lui S.Freud se înscrie în viziunea dinamică a psihicului în care se acordă atenție profundimii, o psihologie abisală pe care autorul ei a numit-o „metapsihologie”. Ea se aliniază concepțiilor psihologice dinamice ale persoanei umane, alături de teoria lui Mc Dongale și contribuțiile aduse apoi de Adler, Jung și alți psihologi ca Weedworth, Lewin, Troland, P.Young, Tolman, G.W.Allport și H.Murray. Psihanaliza oferă o sinteză asupra funcționării psihicului, insistînd asupra semnificației inconștientului și a cenzurii și refulării, ca și a celorlalte mecanisme de apărare, travestire și sublimare, raționalizare, identificare ș.a.pe intră în explicația psihopatologiei comportamentului, a nevrozelor și psihozelor. Neurolog și neuropatolog al creierului la începuturile activității (cu unele lucrări care au rămas clasice), avînd o gîndire evoluționistă și funcționalistă, Freud în psihanaliză a dezvoltat altă direcție decât punctele de vedere anatomice și neurologice. În dramatica sa viață a fost distins cu premiul Goethe pentru literatură, dar nu cu premiul Nobel pentru medicină. La moartea sa (21 septembrie 1939) a vorbit la ceremonia funerară, St.Zweig.

S.Freud, ca fondator al psihanalizei a avut discipoli din care doar unii au fost cu totul fideli concepției sale, cum a fost K.Abraham, E.Jones, în timp ce alții au reformat-o, rămînînd totuși în mișcarea psihanalitică.

W.Stekel a insistat asupra conflictului psihic actual în nevroză, cu perturbări afective și pulsionale pentru, care considera oportună înlocuirea termenului organicist

de nevroze cu cel de parapatie.

O.Bank acordă considerare esențială traumatismului nașterii și reactivărilor sale în timpul vieții.

W.Reich, pornind de la conceptul unei energii particulare „organice” legate de sexualitate, se fixează asupra conexiunilor psihosomatice și asupra genezei caracterului.

Anna Freud s-a ocupat de mecanismele de apărare ale eului, iar Melania Klein, despre dezvoltarea pulsională și psihică a sugarului.

G.Greddek a atribuit inconștientului funcții patologice și a conferit viscerelor un limbaj „simbolic” după cum, pentru J.Lacan, inconștientul este limbaj, iar prin interpretarea sa psihanaliza se conectează structuralismului.

Karen Horney critică ceea ce numește viziunea mecanicist-evoluționistă și biologismul lui Freud, acordă însă atenție prioritară tendințelor fundamentale de siguranță și confort, cu o abordare psihologică-sociologică.

H.S.Sullivan ia deasemenea în atenție nevoia omului de securitate (în afara satisfacerii unor nevoi biologice), reglarea psihică obținându-se prin evitarea anxietății, iar în ansamblu accentul cade asupra relațiilor interpersonale.

A.Kardiner a introdus conceptul de „personalitate de bază”, rolul interacțiunii umane fiind în activitate, succes, eșec, frustrare, gratificare.

E.Fromm a elaborat un sistem în care introducând conceptul de alienare socială analizează critic relațiile psiho-sociale ale societății contemporane prin psihanaliză. În timp ce Freud considera societatea prin funcțiile sale supresive, Fromm accentuează asupra celor creative, cât și asupra unor tendințe ale inconștientului (raționalitate, creativitate, dragoste). Tendințele sale de reformulare a unor concepte au dus la o nouă etică a dragostei și o nouă logică a paradoxului.

În cadrul psihanalizei, puncte de vedere diferite față de cele ale lui Freud, care au avut influență și au suscitât atenția, sînt cele ale lui C.G.Jung și

ale lui A.Adler.

Carl Gustav Jung dezvoltă conceptul asupra inconștientului colectiv care domină viața psihică (spre deosebire de pansexualism). Inconștientul este modelul ancestral original al motivației, care este relevat de vise, imagini și simboluri și care nu poate deveni conștient decât în mod parțial. Ne naștem cu acest predeterminat inconștient colectiv, care devine sursa unor predispoziții și prefigurări, ca element al constituirii conștiinței. Dinamica reglajului este exprimată de inconștientul personal față de cel primar, ancestral, colectiv, refutat de ego-ul propriu, din care decurg tipurile psihice de intraversiune și extraversiune.

Inconștientul colectiv este configurat de arhetipuri (exprimate prin evoluții, imagini, tipuri de comportament) ce stochează de fapt experiența unui set de generații trecute care, moștenite devin motivațiile de bază, instinctuale și predispoziții în evoluția personalității. Un alt element dinamic al inconștientului colectiv sînt complexe; ele fiind autonom structurate acționează ca forțe ale motivației. Complexele apar și pot domina psihicul, substituindu-se emoțional, raționalității eului. Reprimarea sau negarea lor duce la manifestări compulsive-obsesive sau chiar psihice.

Proiecția asupra altei persoane a configurațiilor arhetipale, ca „persona” (conformitate către realitatea exterioară, tendința de rol, mască); „anima” și „animes” (capacitatea pentru emoție și fantezie, capacitate de agresivitate, organizare) care fiind instincte umane inconștiente, dezvoltă o personalitate nedeterminantă; self-ul (instinct arhetipal de individual ce intră în tensiune cu ambianța și generează complexe).

C.G.Jung a acordat libidoului sensul extins la semnificația unei energii psihice, iar psihologiei analitice (așa cum și-a definit concepția) o modalitate de explicare a psihopatologiei din care se deduce și modelul psihoterapeutic.

A.Adler, unul dintre cei mai apreciați susținători ai psihanalizei freudiene, va oferi alte dimensiuni prin concepția sa, fiind fondatorul „psihologiei indivi-

duale". Prin o bogată experiență medicală acordă atenție omului bolnav ca unitate individuală, ca personalitate caracteristică îndeosebi prin unitatea sa și nu singularitatea sa. Spre deosebire de S. Freud consideră în dinamica vieții psihice importanța scopurilor subiective, valorice, dorința de securitate și de afirmare și nu instinctualității inconștiente.

În concepția sa, a acordat atenție inferiorității prin defect, în care defectul organic sau psihic duce la efortul unui proces compensator, printr-o atitudine potrivită. O asemenea activitate exersată și conștientă poate duce la o supracompensare. Prin observațiile sale poate fi considerat un precursor al psihosomaticii, întrucât constată prin eșecurile compensării apariția posibilă a unor variate tulburări somato-viscerale, complexe de inferioritate, nevroze. În schimb, reacțiile de antrenament continuu realizează o mai bună adaptare funcțională și o valorizare mai amplă și mai variată a posibilităților restante. Se acordă astfel o reală atenție activității conștiente (spre deosebire de S. Freud și C.G. Jung), experienței proprii și reacțiilor sociale, care, selectate și diferențiate, vor realiza în mod propriu de a fi, stilul de viață al unei persoane. La copil, acestea se formează prin maturizare și contactul cu adulții, dar experiențele din primii ani de existență sînt fundamentale pentru constituirea stilului de viață al unei persoane. Criteriul sănătății mentale este, în această viziune, sentimentul social, după cum izolarea socială este generatoare de anxietate, cu pierderea stimei față de sine. De la acest concept de sănătate mentală, elaborat pe un stil de viață și un „self” valoric creativ și cu o deschidere dinamică către viață decurge și interpretarea adleriană asupra psihopatologiei. Astfel, o dispoziție nevrotică din copilărie și un „self” fragil, într-un mediu frustrant, sau punitiv, vor dezvolta o neadaptare la activități cognitive și constructive, cu un marcaj de inferioritate, ce va duce la o nevrotică luptă de afirmare a superiorității, care riscă să devină egoistă, neparticipativă și în final social stilă.

Psihoterapia adleriană enunță observații și direcții cărora li s-a acordat o aplicativă atenție.

Se insistă asupra relației copil-mamă în primii ani de viață, și a expresiei afective cu rol formativ în „constelația familiei”, elemente de valoare psihoprofilactică și psihoterapeutică. La fel, relația medic-pacient deține un rol important în psihoterapie, metodă prin care se tinde, cu răbdare și perseverență, la scăderea rezistenței bolnavului într-un proces terapeutic (ca apărare a stilului de viață morbid.)

Concepția lui Adler, prin aspectele menționate este dinamică și sociologizantă în înțelesul unui proces de interacțiune cu mediu. În motivația psihică se acordă un rol important tendințelor de superioritate perfecțiune și adaptare socială, aceasta din urmă fiind dominată de tendințele individuale.

Contribuția lui Adler și concepțiile sale au avut receptivitate în pedopsihiatrie, igienă mentală, psihoprofilaxie, ca și în cercetările de psihologie ale lui Horney, Sullivan, Lewin, Allport, Goldstein ș.a.

Psihosomatica este o concepție și perspectivă medicală, de orientări diferite, apropiate de psihanaliză prin recunoașterea importanței factorilor afectivi și pulsionali în relațiile patogene. Termenul „psihosomatic” este atribuit lui J.C. Heinroth (1818), iar concepția lui Sommer (1890) asupra psihogeniilor a repus în atenția medicinei moderne raportul dintre psihic și somatic. Acest raport a putut fi văzut organicist (ca un epifenomen) unidirecționat de la somatic la psihologic, ca de exemplu în conceptul reacțiilor exogene al lui Bonhoeffer sau mai demult (1822) de W.M. Jacob care a utilizat termenul de somato-psihic. Observații clinice, cercetări și dilematice ipoteze au întreținut atenția medicală asupra relațiilor psihosomatice și cadrul conceptual al problemei, unor tulburări fără identificarea unui substrat lezional, pentru care au fost considerate funcționale. La fel variațiile secreției gastrice sub efectul unor stări emoționale, urmărite experimental de Hoyer și apoi acele ale lui Pavlov, ca și întregul gir de studii și observații

asupra patogeniei unor tulburări în isterie și în general în nevroze, pornind de la studiile lui Charcot, Bernheim, Babinski, Freud, au menținut atenția asupra relațiilor psiho-somatice văzute ca o acțiune reciprocă.

În acest sens Felix Deutsch (1922) vorbește despre medicina psihosomatică, iar G.Draper (1928) despre reacții psihosomatice la boală. Lucrările lui Cannon asupra unor aspecte somatice și funcționale ale emoțiilor din procesele adaptative, ca modificări ale homeostaziei, au susținut această perspectivă continuată de elevii săi Binger și Helene Dumber, care cercetează în medicina psihosomatică asistența bolilor somatice de origine psihogenă.

Unele tendințe distincte în medicina psihosomatică fac necesară identificarea unor aspecte de convergență cu semnalarea ulterioară a diferențelor teoretice și metodologice.

Se evidențiază, ca o tendință generală, relaționarea tulburărilor psihosomatice de personalitatea bolnavului. În acest context, este cercetată importanța factorilor psihologici în dezvoltarea unor boli psihosomatice, ca și modalitatea prin care perturbările psihice instituie apariția celor viscero-somatice și gradul de specificitate al acestor reacții.

S-a făcut observația însă asupra unei necesare delimitări dintre bolile psihosomatice ce aparțin nevrozelor, unele fiind somato-nevroze (boli psihosomatice cum ar fi ulcerul gastro-duodenal, celulele ulceroase, tulburările de tipul „nevrozei de organ”, tulburările conver-sive isterice), altele fiind psihonevroze.

Apare deci o tendință de precizare a bolilor psihosomatice față de bolile psihogene. La rândul său relația de influență a factorului psihic față de activitatea somatică este cercetată și aplicată în diferite modalități, astfel :

1) Tendințele medicale ce acordă atenție persoanei bolnave ca sistem organic reactiv, iar manifestările psihosomatice ca expresie a unor relații cercetate și

identificate prin:

A- Studiul asupra reflexelor condiționate, medicina psihosomatică fiind văzută ca o relație cortico-viscerală sau reacții cortico-somatice (M.Bicov, H.Kleinsorge, B.Kletz).

B- Cercetări experimentale de neurofiziologie, într-un concept „behaviorist” pornind de la Watson și dezvoltate apoi de S.Cobb, J. H. Masserman ș.a. Watson cercetează organismul și comportamentul acestuia prin cuplul stimul-răspuns, fără a acorda atenție ansamblului de relații ulterioare, fără referințe la psihologie sau neurofiziologie. Față de această schematizare, J.H. Masserman postulează principii biodinamice ce se pot referi atât la experimentul animal, cât și la unele procese clinice psihiatrice, astfel:

- Nevoile fiziologice actualizează comportamentul în vederea satisfacerii lor prin procese homeostatice (în sensul lui Cannon).

- Adaptarea comportamentală se face în raport de semnificația pe care organismul o atribuie mediului.

- Frustrarea duce la satisfaceri substitutive.

- Conflictul motivațiilor duce la tensiuni (anxietate) care scad capacitatea adaptativă (nevroze) sau la substituiri și simbolizări (psihoze).

Masserman a efectuat modele experimentale pe animale asupra comportamentului nevrotic și a unor efecte terapeutice.

C- Cercetări etologice elaborate de K.Lorenz, N. Tinbergen, I.Eibe - Eibesfeld G.Tenbrock ș.a. privesc comportamentul animal, iar ale lui Th.V.Neuküll și J. Groen au aplicat observațiile acestor cercetări la bolile psihosomatice.

2) O altă direcție de abordare este cea psihologică care derivă sau se inspiră din psihanaliză, cu următoarele tendințe:

A) Cercetarea și identificarea unor profiluri de personalitate în fiecare din bolile psihosomatice (pentru Fl.Dumber relația aceasta este expresia unei alegeri

simbolice a bolii în conflictul bazal dintre luptă și fugă).

B) F. Alexander și școala din Chicago au acordat atenție emoțiilor și simptomatologiei și a stării de dependență infantilă cu potențial al stărilor de inferioritate. Protestul narcisist față de aceste stări duce la supracompensare, anxietate și sentimente de culpabilitate care accentuează dependența infantilă. Hipersimpaticotonia (ca manifestare a tulburărilor catabolice) exprimă procesele de luptă, iar hipervagotonia (expresia anabolică) exprimă o retragere din fața solicitărilor (unele manifestări din astmul bronhic, tulburări funcționale digestive, colită ulceroasă, ulcer peptic).

C) Alte tendințe acordă atenție dominantă proceselor de frustrație și îndeosebi celei afective, în relațiile manifestărilor psihosomatice.

D) Alte cercetări se fixează asupra regresiei în bolile psihosomatice, noțiunea de regresie fiind preluată din psihanaliză (fazele de evoluție ale libidoului). La nou născut distincția dintre fizio-psihic este expresivă și se precizează în evoluția ontogenetică, iar regresia privește relația dintre aceste aspecte ale persoanei umane.

Regresia comunicăției externe, după Ruesch, este substituită în comunicația internă între sisteme și organe ce în stare de sănătate ar fi relativ autonome.

În altă opinie, energia pulsională (în înțelesul psihanalizei) care se investighează în domeniul psihologic, comportamental motor și în cel viscero-somatic este substituită în regresia proceselor evolutive și adaptative de scheme preformate și rigide care duc în domeniul mental la nevrose și psihoze în cel motor la contracturi, paralizii, iar în cel visceral, la nevrose de organ. După P. Marty și M. de M'Uzan tipul dominant al temperamentului duce la predispoziția pentru tipul de manifestări psihosomatice.

3. Un alt grup de opinii acordă atenția interpretărilor antropologice, prin care boala nu poate fi înțeleasă decât în termenii de cauză și efect, ea fiind o dramă

în care procesul somatic ia o valoare psihică, iar cel psihic ia o expresie somatică. În acest sens P. Cristian conferă bolii semnificația sa particulară pentru bolnav, iar V.V. Veizsăker remarcă caracterul de oportunitate al bolii, ca un răspuns personal la o solicitare (boli ce nu sînt nici simulări, nici autoagresiuni, nici autoexpuneri premeditate).

Medicina psihosomatică în variatele sale tendințe a influențat teoretic și practic medicina contemporană. S-a introdus în considerația medicală științifică, ca și în științele naturii, noțiunea de subiect și psihic, după cum cercetarea și terapia relațiilor psihosomatice au dus la extinderea metodologiilor de explorare. Concepțiile bazate totuși pe cercetarea relațiilor somatice, cum sînt cele de neurofiziologie, se supun criteriilor de riguroasă verificare, cele psihologice deseori nu pot fi cuprinse în acest control.

Concepțiile psihosomatice au oferit patologiei însă o perspectivă a întregului organism, cu evidențierea semnificației terenului, a omului concret și integral.

Perspectivile evoluționiste și organodinamismul sînt concepțiile care în psihiatria contemporană iau în considerare aspectul organic și psihic într-o viziune unitară și evoluționistă ce a fost aplicată în neurologia modernă de către H. Jackson. Henry Ey a elaborat acest concept în psihiatrie, privind organizarea vieții psihice și a relațiilor din boala mentală. Astfel organismul și funcția psihică sînt tratate ca o unitate dinamică și ierarhizată prin evoluția, maturizarea și integrarea structurilor și funcțiilor nervoase, a conștiinței și persoanei. Bolile mentale sînt disoluții sau destructurări ale acestei unități ierarhizate, după cum uneori pot fi nedezvoltări sau anomalii în dezvoltarea sistemului structural. Agenții organici constituie accidentul evolutiv care instituie urmări negative sau distructive. La rîndul său această acțiune distructivă instituie regresia sau maturizarea funcțiilor psihice. Acestea se pot reorganiza sau pot rămîne organizate la un nivel inferior, prin care se configurează aspectul clinic, boala devenind astfel o organizare pozi-

tivă.

Bolile mentale sînt deci organizări ale vieții psihice la un nivel inferior de integrare, cu o psihodinamică indusă în degradarea organică.

Referințele evoluționiste în ontogenia funcțiilor psihice și regresivitatea sau disoluția lor patologică sînt exprimate și de legea lui Ribot privind destrucțiunile memoriei. La fel poate fi aplicată și constatarea asupra reflexelor condiționate recente ce se pierd înaintea celor înrădăcinate, după cum reflexele condiționate se pierd înaintea celor innăscute, în situațiile patologice experimentale ale sistemului nervos.

O altă referință o pot constitui cercetările asupra proceselor de involuție și degradare, ca și compensarea lor. Involuția organică este asincronă și se însoțește de fenomene de compensare (cu procese de afirmare intelectuală și socială) ceea ce oferă o perspectivă antropologică a vîrstelor în aprecierea activității psiho-comportamentale.

Un model uman evoluționist, plecînd de la cercetări neurologice și neuropatologice a fost elaborat de C.V. Monakow, analizînd omul nu numai prin ceea ce îl leagă de restul naturii, dar și sub aspectul a ceea ce îl separă. Spre deosebire de modelul cartezian al animalului-mașină (concretizat și prin modelul localizărilor cerebrale) se enunță conceptul localizărilor cronogene prin integrări temporare ale proceselor neuropsihice, cu funcționare dinamică. Dezintegrarea, efect al unor injurii, distruge o ordine cronologică.

Capacitatea curativă decurge din gradele compensării (ce pot fi identificate în simptomele bolii) și cu forțele protective. În acest fel schizofrenia⁶ văzută ca deficietul protectiv față de autointoxicație. În această noțiune det. „hormé” este utilizată ca reinstituire a valorilor vitale ierarhizate. Monakow introduce o viziune prospectivă în care ființa este bolnavă, dacă nu poate face față viitorului. În dezintegrarea neurobiologică grade vechi de evoluție a instinctului fundamental „hormé” dețin dominanța lor asupra formelor superioare de instinct.

Fenomenologia a introdus în psihiatria contemporană prin Karl Jaspers, un concept și o metodologie clinică fundamentată de descrierea completă și nealterată de interpretare a fenomenului clinic. Unele principii enunțate duc la sistematizarea observației în psihopatologie. Astfel, descripția se referă la trăirile psihice subiective, ale unor exprimări cu sens obiectiv, și a simptomelor somatice asociate. Un alt principiu călăuzitor este cel al „comprehensiunii”, al cunoașterii prin înțelegere empatică (actuală și a dezvoltării proceselor psihopatologice). Din aceasta decurge și identificarea relației, valabile și verificabile, dintre fenomene. Pentru K. Jaspers, relațiile comprehensibile cu referire la persoană, prin caracterul ei unical, nu permit elaborări globale despre viața psihică, fiind construite asupra unor trăiri psihice individuale. Tendința de a proceda la o analiză metodică și descriptivă a promovat atenția față de importanța proceselor psihopatologice așa cum se expuneau acestea la individualitatea cazului prin care se evidențiază și relația lor cu simptomatologia clinică somato-funcțională.

În psihiatria contemporană, această metodologie de analiză clinică a dus la valoroase contribuții prin lucrările lui Gruhle, Mayer-Gross, Bunke, Kurt Schneider ș.a.

La fel, criteriul „comprehensibilității” elaborat de K. Jaspers este folosit în diagnosticul clinic la diferențierea sindroamelor reactive psihogene de alte procesualități funcționale și organice.

O particulară expresie a analizelor descriptive a stărilor subiective apare în contribuția altor psihiatri ca Matussek, Minkowski, Wyrasch, care au introdus analiza existențială.

Existențialismul în psihiatrie contemporană introduce conceptul de analiză a trăirilor subiective, ale situațiilor limită, ca expresie a conștiinței despre sine în lumea sa. Conceptul medical, ca și sursele sale filozofice, spre deosebire de dualismul cartezian (subiect-obiect) oferă o înțelegere unitară în identitatea de „a fi ca lumea”, față de care analiza ontologică devine o modalitate

clinică de examinare.

Această analiză existențială extinde semnificația persoanei, a ființei ca subiect al existenței și deși nu acordă o egală atenție unor metode biologice sau psihologice de explorare clinică a putut contribui la cercetarea mai ales a unor psihosindroame reactive și psihoze, prin lucrările lui Biswanger, Minkowski, W. Strauss ș.a.

Aceste contribuții au semnalat îndeosebi valoarea explorării ontologice a istoriei dezvoltării personalității.

Semnificații axiologice în psihiatrie. Constitue un punct de vedere cu difuziune în cercetarea și asistența medicală contemporană și în previzibilele lor perspective. Conceptul general ia în considerare ființa umană sau personalitatea sa, ca o ființă axiologică, creatoare a propriului său univers de valori, existind într-un spațiu de cultură ce-i motivează atitudinile. În consecință, atitudinea axiologică față de ceea ce este obiect al medicinei, sănătatea, boala, viața, handicapul, ș.a. se exprimă prin responsabilitatea față de semnificația lor valorică cu toate aspectele ce fundamentează drepturile omului. Implicațiile ce privesc medicina instituțională și relațiile cu bolnavul în toate aspectele asistenței și cercetării medicale sînt cercetate în perspectiva valențelor umanitare ale medicinei, sesizîndu-se în unele tendințe distincte ale civilizației contemporane exemple de prejudicii față de valoarea condiției umane.

Semnificația factorilor de cultură în psihiatrie sau în psihiatria transculturală, au devenit prin cercetările etnologiei structurale și comparate elemente operante de judecată asupra unor numeroase aspecte ale psihiatriei, cum sînt epidemiologia bolilor mentale, particularități ale unor criterii de diagnostic, aspecte diferențiale ale unor expresivități semiologice, atitudini diferite față de bolile mentale ș.a.

E.D. Withower, psihiatru canadian care a adus contribuții în domeniul psihosomatic, a contribuit și la preciza-

rea unor teme de cercetare capabile să explice pentru patologia mentală rolul sau influențele unor spații și unități de cultură. Psihiatria transculturală cercetează relația dintre geneza, răspîndirea și structura unor sindroame psihopatologice în variabilele socio-culturii, ca date necesare pentru elaborarea unor programe de promovare a sănătății mentale.

Deși definirea noțiunii de cultură poate fi diferită, se ia în considerare, ceea ce poate fi înțeles ca moștenire sau ereditate socială, acele particularități de atitudine și comportament ce sînt caracteristice unei populații sau grup social și o deosebesc de altele. Direcțiile de cercetare privesc tulburările psihice în culturile primitive, diferențele epidemiologice privind bolile psihice în diverse societăți sau medii sociale, ponderea unor boli și a unor tipuri de comportamente reactive, mutațiile socio-culturale ca factor de stress, particularitățile semiologice în evoluția bolilor psihice, ca și atitudinea diferită față de bolnavul mental, semnificația bolii, îngrijirea și asistența lor.

Cercetarea factorilor de cultură a oferit psihiatriei contemporane o dimensiune antropologică de valoare nu numai teoretică, dar și ca metodă complementară de studiu a unor grupuri populaționale.

III

Prezentarea schematică, parțială și doar ilustrativă, a unor concepții în psihiatria modernă și contemporană poate servi unei generale informații asupra domeniului problematic din cercetarea și asistența patologiei mentale.

Această informare poate oferi și o perspectivă asupra unor succesive contribuții, direcții și etape noi de cercetare, corelate cu dezvoltarea unor concepte și metode de investigație din alte domenii de cunoaștere.

Clasificările acestor tendințe teoretice pot fi numeroase și diferite ca apreciere.

Expunerea lor poate însă oferi elemente de distincție dintre ipotetic, grade de prezumție și verificare, spe-

ranțe de reușită sau aparent credibile, dar și cutezanța creativă de a vedea mai departe decât rezultatele obținute.

Psihiatria în ultimile decenii, paralel acestui continuu demers a fost și obiectul unor concepții critice, pînă la negarea bazelor ei teoretice, metodelor de cercetare și asistență și chiar a existenței ca disciplină medicală.

Concepțiile antipsihiatrice, termenul de antipsihiatrie fiind introdus de psihiatrul englez Cooper, au constituit la rîndul lor obiect de conjuncturală analiză, confruntare de opinii și substanțiale clarificări asupra patologiei mentale și a asistenței sale medicale ca indubitabilă realitate a lumii noastre contemporane.

Antipsihiatria are sursele sale în însăși aspectele teoretice și de asistență ale psihiatriei, dar și în unele tendințe de negare critică extinse la alte aspecte contemporane.

Antiinstituționalismul psihiatric este poate opinia cea mai ilustrativă exprimată față de o realitate fizică cum este spitalul și bolnavii asistați în acest cadru. Experiența lui Candel, internat în 1954 pentru a descrie din interior spitalul de psihiatrie, apoi observațiile lui J. Cummings Soffman (cadru mediu care a funcționat un an la Spitalul Sf. Elisabeth - cu 7000 paturi, din Washington), ale lui Szasz, Maxwell Jones ș.a. au denunțat microclimatul social frustrant al spitalului accentuat de subcultura personalului medico-sanitar care exercita un sistem de putere ce realizează în ansamblu un sistem totalitarist. Configurarea teoretică a acestor opinii se face cu analiza istorică a asistenței bolnavilor psihici din lucrările Goffman și cele ale lui Foucault.

Opiniile exprese au întărit criticile formulate și de numeroși psihiatri privind modelul axilar al unor spitale de psihiatrie, marile diferențe dintre aceste spitale și calitatea asistenței, fără a se putea accepta desființarea lor, după experiențe eguate în acest sens. Dar antiinstituționalismul este consecința a unui alt concept critic privind referințele medicale asupra bolilor mentale

și îndeosebi asupra schizofreniilor.

- Geneza bolilor mentale este atribuită unor factori psihosociologici semnalati de autori ca Wyde, Lidz, Bateson prin cercetarea relațiilor anormale de familie, situației de tensiune microsocială, a unor frustrări din relații interpersonale. Rezultă ineficiența experiențelor biomedicale asupra unor procese atribuite condiției strict subiective, în care schizofrenia este considerată nu o boală, în sensul medical, ci o situație critică psihologică și socială, evidentă prin experiența negativă a unei persoane față de ambianță.

Aceste opinii, cu premisele lor teoretice, antimedicale, au inspirat totuși cercetarea unor diferite tipuri de relații de microgrup cu implicații patogene sau potențial de risc în instituirea bolii mentale. În mod firesc, contestarea caracterului medical al patologiei mentale duce la susținerea inconștienței psihiatrice și a criteriilor sale de clasificare a tulburărilor psihice sau a bolilor psihice.

- Inconsistența psihiatriei și a criteriilor sale privind bolile psihice. - este susținută prin interpretări descriptiv-istorice, așa cum apare în lucrarea lui Foucault, după care psihiatria în sensul ei medical a dus la alienare și nu la eliberarea bolnavului mental (referințe la Ph. Pinel și începuturile psihiatriei moderne). În aceeași interpretare Cooper, Hayward, Laing contestau criteriile nosologice ale psihiatriei, clasificarea bolilor psihice concepută de Kraepelin, ca și conceptul lui E. Bleuler despre schizofrenie. Th. Szasz consideră, prin aceeași tendință critică și contestatoare, bolile mentale, ca și bolnavii, drept etichetări arbitrare, care au dus la ficțiunii ireale, metafore cu valoare de mit. La fel modalitățile medicale de asistență, cum sînt cele de psihiatrie preventivă, sănătate mentală ca și programele lor, drept sisteme birocratice și totalitare. Aceste critici corosive, au promovat contribuții clasificate prin elaborări de răspuns la tezele antipsihiatrice, cum au fost ale lui M. Ey, Shipkowski, Kaplan, T. Bilikiewicz ș.a.

În același timp s-a evidențiat și o altă contribuție importantă prin atenția acordată limitelor întotdeauna medicale ale psihiatriei, respectul bolnavului ca persoană, condiția și perspectivele umanitare ale oricărei forme de asistență psihiatrică, înacceptarea condițiilor nemedicale și regresive.

- Negarea terapiei psihiatrice este de fapt urmarea tendințelor critice prezentate, exprimând ca rațiune valabilă influența exercitată de modelul social asupra a ceea ce, în conceptul medical, este considerat expresia bolii mentale.

Antipsihiatria, în sensul tendințelor generale expuse, a avut, și nu se poate nega aceasta, influențe și difuziune ceea ce justifică necesara sa cunoaștere.

Dovada unor concepte și interpretări de critici extrase, apare nu rareori în esențiala formație de psihiatri a unor autori de antipsihiatrie. Au fost oricum repuse în atenția limitei conceptului de sănătate și boală, fundamentarea medicală de psihiatrie, dimensiunea etică a cercetării și asistența psihiatrică, semnificațiile unor variabile relaționale în manifestările psihocomportamentale ale persoanei sau de grup, complexitatea actului terapeutic și numeroase aspecte ale asistenței instituționalizate.

SEMILOGIA PSIHIATRICA

Semiologia medicală cercetează formele de manifestare, care permit recunoașterea unei boli prin studiul semnelor patologice, a simptomelor de la nivelul diferitelor organe sau sisteme. În psihiatrie, semiologia deține aceeași funcție de a ajuta la identificarea bolii prin decelarea simptomelor, a condițiilor în care ele apar, legătura dintre acestea, cât și organizarea lor în forme clinice distincte.

Semiologia psihiatrică, prin natura specifică a obiectului ei de studiu, scoate în evidență semnele sau simptomele care exprimă perturbări ale proceselor psihice (processe de cunoaștere, motivațional-afective și volitive), exprimate de o persoană prin comportamentul ei în relația cu ambianța.

Criteriile psihologice și descriptive în care decurge examinarea psihiatrică au o valoare analitică orientativă, întrucât simptomul ca fapt singular nu există în realitate. Ci, întotdeauna, se află într-o interdependență și succesiune cu alte simptome, astfel încât exprimă în ansamblu tabloul clinic al unei stări de boală cu o etiologie, stare de evoluție sau alte particularități proprii. Recunoașterea însă a acestui ansamblu de manifestări patologice, cu semnificația lor medicală, din punct de vedere didactic și ca utilizare clinică, se realizează prin descripția și înțelegerea unor diferite tulburări categorisite pe procese psihice.

În psihiatrie, spre deosebire de alte specialități medicale unde simptomele dețin mai ales o valoare locală pentru o suferință viscerală, simptomele psihice exprimă prin calitatea sau gravitatea lor tulburări ale întregii personalități, în ceea ce privește conștiința de sine și cea a relației față de ambianță. Uneori, simptomatologia

este mai puțin evidentă, de mică amplitudine și de mare variabilitate fiind deci necesară investigația și examinări în colaborare cu serviciile altor specialități medicale. Alteori, o suferință reală poate fi disimulată și ea nu se evidențiază decât indirect prin atitudinea reținută, cu ezităările de conduită ale persoanei în cauză, ceea ce solicită atenția și spiritul de observație clinică ale examinatorului.

Nu trebuie omisă nici posibilitatea unei aprecieri reale a valorii manifestărilor de boală în cazurile de exprimare a acestor simptome cu o intensitate intențional agravată, ceea ce constituie tabloul clinic al unei stări de suprasimulare. Cu siguranță, în practica asistenței medicale sîntem confrunțați cu situațiile dificile în care o simptomatologie polimorfă, instabilă și de aparentă severitate nu corespunde constatărilor unui examen clinic obiectiv și decurge dintr-o intenționalitate subiectivă în forma simulației. Varietatea manifestărilor clinice din această ultimă situație, în mare măsură dependente de tipul de personalitate al subiectului examinat, solicită o atentă observație, corelată cu examinări clinice și de laborator, deseori completate de consultații interclinice.

Aceste câteva aspecte evidențiază caracterul deosebit al semiologiei psihiatrice, ca și al examinărilor efectuate în stabilirea diagnosticului, a formei de tratament și a prognozei. Așa cum s-a mai spus, psihiatria este o disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. Examinarea psihiatrică cuprinde personalitatea bolnavului în structura sa unitară, biologică, psihologică, socio-culturală și etică, care se exprimă în comportament, atitudini și conduite active în relația cu mediul, printr-o comunicare informațională reciprocă, permanentă. De altfel, din punct de vedere cibernetic, psihicul este o formă particulară de comunicare informațională dintre un individ, ca sistem, și mediul ambiant, ca și între diferite subsansambluri componente ale aceluiași individ.

În acest sens psihologia devine o știință a comportamentelor mediate și reglate pe baza unui schimb informațional, orientat și selectiv, cu ambianța.

În condiții psihopatologice, manifestările cu valoare de simptom exprimă grade și forme de perturbare ale comunicării informaționale dintre realitatea subiectivă și cea existentă din mediul ambiant. Astfel, deși procesele psihice în cursul activității unei persoane nu pot fi separate, ele integrându-se unitar în comportamentul uman caracteristic unei situații trăite, le deosebim prin analiza descriptivă și utilitatea clinică în: procese de cunoaștere, procese motivaționale și afective și procese ale activității.

PROCESELE DE CUNOAȘTERE

Întreaga istorie și evoluție a ființei omenesti este orientată către cunoașterea legilor naturii și ale societății, în scopul de a le stăpîni și a le transforma totodată, conform nevoilor și aspirațiilor sale. În înțelesul cel mai larg, cunoașterea ca proces psihic (proces de cogniție, gnozie, sau noetic) semnifică extragerea și prelucrarea de informații despre stările mediului de ambianță și ale propriei noastre persoane, cu realizarea unor procese psihice subiective. Procesele de cunoaștere în ansamblul lor se desfășoară ca o relație de comunicare bilaterală dintre subiect (aflat într-un grad de dezvoltare, pregătire, orientare motivațională și stare funcțională) și obiect (caracterizat de asemenea de însușiri calitative și cantitative, poziție în spațiu și timp, grad de mișcare). Astfel, obiectele și fenomenele care posedă proprietăți definibile ca acțiuni asupra organelor noastre de simț, devin accesibile cunoașterii senzoriale directe. SENZAȚIA, în acest înțeles, este un act psihic elementar ca formă de proiecție în creierul uman a unor însușiri particulare ale obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare.

Senzația este sursa elementară și nemijlocită a cunoașterii, fiind un act psihic elementar prin aspect

tul și mono-modal de realizare a unei imagini senzitive singulare privind unele însușiri sau proprietăți elementare ale obiectelor (greutate, culoare, puritate, mărime, formă etc). Ca act psihic sau stare subiectivă trăită se exprimă o comunicare informațională, senzația nu este o simplă copie de însușiri ale obiectelor și fenomenelor din natură, ea devine element de conștiință a unei persoane, ca model simbolic și ideal al lumii.

Prin aceasta distingem și particularitățile esențiale ale senzației:

- Senzația ca proces psihic elementar este un instrument al cunoașterii nemijlocite a lumii materiale care acționează direct asupra sistemului de analiză.

- Senzația nu este materială, întrucât reflectă pe plan ideal și reconstituie subiectiv în imagini și simboluri, proprietăți distincte separate, ale obiectelor și fenomenelor naturii.

PERCEPȚIILE, ca forme mai complexe ale cunoașterii, se realizează prin intermediul analizei și sintezei senzațiilor, fiind multimodale în mecanismul lor de acțiune. În forma sa cea mai simplă, percepția este o sinteză psihologică extrem de complexă. Ea se distinge prin statetism, unitate și integritate, reprezentând mai mult și calitativ altceva decât cumulum acțiunii nemijlocite a însușirilor particulare ale unor obiecte și fenomene din natură asupra analizorilor noștri.

Percepția se delimitează în conștiința noastră ca imagine subiectivă complexă și unitară. Ea rezultă din analiza și sinteza reflex-condiționată a senzațiilor prin care se reconstituie realitatea obiectuală în imagini de ansamblu, pe baza experiențelor anterioare. În procesul complex de formare a percepției un rol important revine stării subiective a organismului. Aceasta mediază receptarea informațională din natură prin operații de explorare, vehiculare practică, comparare succesivă,

coordonare, probare și verificare a obiectelor și fenomenelor din câmpul perceptual. Percepția este un proces activ, care, în condiții de simultaneitate sau succesiune, informează asupra unor multiple însușiri și relații dintre obiectele și fenomenele naturii.

Procesul de formare a percepțiilor, ca întreaga procesualitate psihică de altfel, este un ciclu relațional de raporturi dintre persoana umană și mediul ei de existență, ceea ce evidențiază unitatea pe multiple planuri dintre organism și mediu.

În funcție de dinamica acestor raporturi, în mecanismul și conținutul actului perceptor se găsesc elemente motivațional-afective ca și cele de decizie și acțiune, cu referință la experiențe exterioare și semnificația lor adaptativă. Percepția deci, într-o ierarhizare de calitate și complexitate față de senzație, stabilește treapta de legătură dintre senzorialitate și cunoaștere. Ca proces psihic, ea este în funcție de pragul optimal de excitație a receptorilor specifici și de însușirile și semnificația obiectelor și fenomenelor lumii reale. Excitarea presupune în același timp integritatea morfo-funcțională a fiecărui analizor în parte și a scoarței cerebrale în totalitatea sa.

Senzorialitatea are o dezvoltare ontogenetică în ansamblul vieții psihice, copilul având la naștere capacitatea elaborării unor senzații slab diferențiate, iar pe parcursul maturizării morfo-funcționale a creierului, la vârsta de 3 luni, elaborează percepții tactile, vizuale și auditive. Prin procesul unei integrări semantice de simbolizare și codificare, acestea devin posibilități de comunicare, exprimate la vârsta de aproximativ un an, prin cuvinte, când procesul perceptiv se dezvoltă de la mijloace asociative (contemplative și acționale) la mijloacele de comunicare.

Psihopatologia senzorialității deține o valoare semiologică nu numai pentru psihiatrie, ci pentru toate specialitățile medicale.

Coborîrea pragului senzorial are ca efect creşterea sensibilităţii faţă de excitanţi pînă atunci subliminali pentru procesul perceptiv, care provoacă astfel starea subiectivă de hiperestezie.

Hiperestezia este o acuitate, o impresie de creştere excesivă a intensităţii perceptive, persoana în cauză devenind puţin tolerantă faţă de excitanţii din mediul intern şi extern. Astfel de stări pot fi identificate în cursul sindroamelor de epuizare şi surmenaj la solicitări nervoase sau fizice, în nevroze, în boala Basedow sau debutul unor boli infecto-contagioase.

Hipoestezia este o scădere a receptivităţii faţă de diverşi excitanţi, o scădere a acuităţii senzoriale prin creşterea pragului senzorial. Ea poate fi găsită în cursul examinării clinice în psihosindroamele reactive acute, isterie, în cursul unor tulburări de conştiinţă de origine diferită şi în unele psihoze cum este schizofrenia.

Sinestezia constă în perceperea simultană pe o cale senzorială diferită a unui stimul receptat la nivelul unui analizator (ca de exemplu audierea colorată). Se întâlneşte în intoxicaţiile cu LSD-25, cocaină, mescalină, psilocibină.

Hiperestezia, hipoestezia şi sinestezia, în cadrul unei sistematizări didactice şi de folosinţă clinică, sînt considerate ca modificări predominant cantitative ale senzorialităţii, spre deosebire de cele calitative, de conţinut, cum sînt iluziile, agnoziile şi halucinaţiile.

Iluziile sînt fenomene ale trăirii psihice, care pot fi întîlnite în limitele normalităţii, dar în situaţii subiective dificile (frică, foame, epuizare psihică şi fizică) cînd pragul de excitaţie specifică al analizatorilor este optimal, iar percepţia produsă este neclară şi deformată privind un obiect sau fenomen al realităţii. Din această cauză, iluziile constituie o proiecţie a obiectelor şi fenomenelor existente în realitate, dar fals reconstituite ca imagine subiectivă.

În afara factorului subiectiv descris, predominant în

situaţiile dificile, însăşi starea fenomenului perceput, distanţa, lumina şi alte caracteristici, insuficiente ca excitanţi senzoriali, pot provoca la persoanele normale iluzii. Starea de normalitate psihică dovedeşte capacitatea de corectare a iluziilor, în timp ce în stările patologice percepţia falsă a unui fenomen dezvoltă stări interpretativ-delirante, modificări ale conştiinţei privind propria persoană şi relaţiile de mediu.

Iluziile se clasifică în raport de modalităţile senzoriale în: exteroceptive (vizuale, auditive, gustative, olfactive), proprioceptive şi interoceptive.

Cele mai frecvente sub aspect psihopatologic sînt iluziile vizuale, care realizează impresia deformată a obiectului şi spaţiului perceput, fiind denumite metamorfopii. În formă de macropsie există impresia unor obiecte mărite, în micropsie, acestea apar mai mici, iar în dismegaliopsii ele sînt asimetrizate, lărgite sau alungite. În afara modificărilor de formă şi dimensiune, distanţa faţă de obiecte poate fi modificată, în sensul apropierii sau distanţării lor, simptom denumit peropsie. Prin aceste simptome obiectele şi spaţiile lor de amplasare sînt percepute deformat.

În pareidolie, formă de iluzie vizuală patologică, interpretarea imaginativă a unor obiecte duce la percepţii patologice de o mare varietate, astfel un tablou sau un peisagiu poate oferi percepţii înfricoşătoare prin deformarea celor văzute.

Falsele recunoaşteri ca proces psihopatologic se încaadrează de asemeni în categoria iluziilor vizuale şi ele se diferenţiază de eroarea unei recunoaşteri, obişnuite în condiţii normale.

Falsele recunoaşteri se întîlnesc ca simptom clinic în cursul stărilor maniacale, în stările confuzive, în sindroamele traumatiche Korsacov, vasculare şi demenţiale.

În tulburările de percepţie a spaţiului şi timpului, din sindroamele de derealizare şi depersonalizare legate uneori de patologia lobului temporal (epilepsia temporală) un aspect distinct al fazelor recunoaşteri este fenomenul

psihopatologic denumit „déjà vu” (deja văzut), „deja connu” (deja cunoscut), „déjà vécu” (deja trăit) sau „jamaais vu” (niciodată văzut). Ele exprimă ca trăire psihică ceea ce denumește și termenul, ca expresie a perturbării în general pasagere, din faza de recunoaștere a proceselor de memorie.

O altă formă a falselor recunoașteri ca percepții patologice este iluzia sosisilor exprimate prin substituții de persoane interpretate ca asemănare și cărora bolnavul le poate atribui diverse intenții, inclusiv cele agresive față de persoana sa. Aceste stări psihopatologice sînt identificate mai ales în cursul psihozelor discordante.

Iluziile auditive sînt false percepții ale intensității sau calității sunetelor și ele se deosebesc de interpretarea senzorială în care excitantul sonor este corect identificat ca percepție, dar i se atribuie o interpretare maladivă, patologică.

Iluzii gustative și olfactive - prin vecinătatea celor doi analizori și originea lor embriologică sînt greu de deosebit și se manifestă prin percepția falsă de gust și miros a unor obiecte, ființe sau substanțe.

Iluziile interoceptive sau viscerale decurg din percepția falsă, eronată a funcționării unor viscere resimțite ca trăiri penibile și supuse unei analize critice a subiectului, ca în cenestopatiile stărilor nevrotice.

Iluziile privind modificarea schemei corporale sînt percepții false asupra mărimii, formei, greutateii sau poziției propriului corp. Ele întretin trăiri penibile și anxioase prin senzația dedimensionării întregului corp sau a schimbării topografice a unor segmente corporale. Ele pot apare ca simptome în tabloul psihopatologic al schizofreniei, în unele sindroame cu alterarea stării de conștiință, mai ales prin substanțe psihedelice (mescalină, psilocibină, L.S.D.).

Sub forma dismorfofobiei - autoanaliza fobică a percepției false privind simetria corporală sau facială - pot fi întâlnite în tulburările din psihastenie și, în

formele grave, în schizofrenie.

Reținem în concluzie următoarele:

- Iluziile pot apărea în stările de normalitate, favorizate de condiții subiective defavorabile (tensiune emotivă, surmenaj și epuizare, sugestibilitate crescută, condiții de singularizare) sau favorizate de condițiile ambianței (distanța, vizibilitatea etc.).

- În stare de normalitate ele pot fi repede corectate prin excitare optimată a organelor de simț sau prin analiza critică, în timp ce la bolnavul psihic ele au un caracter stagnant.

- Iluziile dețin o importantă semnificație ca simptom clinic în tulburări funcționale, în suferințe lezionale ale receptorilor, căilor de transmisie sau zonelor integrative în special ale lobului temporal. Ele dețin de asemenea o valoare clinică în ansamblul simptomatic al stărilor febrile infecțioase și toxice, sindroame confuzive de etiologie variată, în psihoze endo- sau exogene, mai ales în perioadele de debut.

Agnoziile. Percepția poate fi perturbată datorită unor iluzii ale centrilor de integrare care instituie deficite psiho-senzoriale cu incapacitatea recunoașterii obiectelor după însușirile lor, deficite denumite agnozii. În cursul agnoziilor, funcțiile senzoriale elementare, vederea, audiția, sensibilitatea superficială și profundă sînt intacte. Agnoziile sînt clasificate după funcțiile senzoriale interesate în agnozii tactile, auditive, vizuale, verbale, ale schemei corporale, ale obiectelor animate, ale spațiului.

Agnozia tactilă este incapacitatea recunoașterii formei și volumului obiectelor (amorfognozie) sau a obiectelor înseși (astereognozie).

Agnozia auditivă (surditatea psihică) este incapacitatea recunoașterii sunetelor sau a cuvintelor (surditate verbală) și a melodiilor (amuzie) și este un simptom important în leziunile bilaterale ale lobului frontal.

Agnozia vizuală (cecitatea psihică) constă în

imposibilitatea recunoașterii semnificației obiectelor, imaginilor sau persoanelor și se întâlnește ca simptom al lobului occipital predominant stâng.

Agnosia verbală a simbolurilor grafice cu imposibilitatea înțelegerii limbajului (alexie) și a scrierii (agrafie), a semnelor aritmetice (alexia cifrelor) este un simptom al unor leziuni parietale posterioare și occipitale.

Agnosia schemei corporale de diverse forme apare în leziunile cerebrale de emisfer minor, cu hemiplegie stângă.

Agnosia obiectelor animate (cecitatea fizionomiei sau prosopagnozia) este incapacitatea recunoașterii persoanelor sau a propriei imagini în oglindă și se întâlnește în leziuni ale emisferului stâng.

Agnosia spațială este o perturbare a percepției spațiului, de apreciere a distanțelor, de localizare a obiectelor și de comparare a dimensiunilor lor.

Alte forme de agnozii sînt asomatognozia (nerecunoașterea unor segmente sau a corpului în întregime), hemisomatopsia (negarea unei jumătăți a corpului asociată unor idei delirante), anozognozia (nerecunoașterea propriei sale boli). Agnoziile dețin o importantă valoare semiologică pentru diagnosticul clinic.

Proiecția subiectivă a realității în procesul cunoașterii se realizează prin actualizarea în conștiință, în mod permanent, a percepțiilor anterioare, prin modalitățile reprezentării mentale.

REPREZENTAREA este un proces de proiecție sau reconstituire în conștiință sub forma unei imagini senzitive clare, unitare și complexe a unor obiecte și fenomene percepute, dar care nu acționează direct asupra receptorilor.

În condițiile unor stări aflate în limitele normalității ele sînt corelate cu trăiri ideo-afective. La unele tipuri de personalitate, cum este cea creativă și cu sensibilitate artistică, reprezentările au o conturare

proiectivă intensă, astfel încît imaginea senzitivă precede acțiunea de creație, fără ca persoana în cauză să aibă convingerea că aceasta ar corespunde unor percepții de raport mediat cu o realitate existentă.

În condiții psihopatologice, perturbarea procesului de reprezentare formulează simptome cu semnificație majoră pentru interpretarea clinică: halucinozele, halucinațiile psihosenzoriale și pseudohalucinațiile.

Intr-o formă descriptivă, care a devenit clasică, halucinațiile au fost definite ca percepții fără obiect (Morel, Ball) sau imagini patologice stagnante. Fără a dezminți în esență aceste definiții, procesul psihopatologic urmează a fi înțeles într-o dimensiune medicală mai exactă, prin cuprinderea caracterului unitar al comportamentului uman în fiecare situație trăită. Din acest punct de vedere, patologia senzorialității în halucinații se exprimă printr-o experiență sau trăire psihologică care face un subiect să se comporte corespunzător unei percepții pe care însă realitatea nu o confirmă.

După gradul de convingere pe care le instituie privind realitatea lor, cît și după forma de manifestare a tulburărilor procesului psihic al reprezentării distingem:

Halucinațiile funcționale - sînt stări psihopatologice în care obiectele sau fenomenele existente în realitate produc percepții și reprezentări false prin asocieri funcționale.

Astfel, sunetul unui clopot sau al unei sirene sau chiar alt sunet este perceput ca atare, dar însoțit de alte reprezentări penibile (voci sau imagini înfricoșătoare), fără ca acestea din urmă să corespundă vreunei surse existente atunci în realitate. Avem deci o asociere proiectivă a unui obiect sau fenomen existent, cuplată cu reprezentarea falsă a unui obiect sau fenomen inexistent. Halucinațiile funcționale, ca simptom psihopatologic se produc și durează atît timp cît obiectul sau fenomenul existent în realitate este perceput și dispar odată cu acesta.

Imaginile halucinațiilor eidetice sînt trăiri de

scurtă durată caracteristice unor stări fiziologice, înaintea instalării somnului sau la trezire, ca și în stări de sugestibilitate crescută sau de efect puternic. Psihopatologia se exprimă prin proiecția exterioară a unor reprezentări vii și denaturate a unor experiențe trăite sau sugerate. Prin condițiile fiziologice descrise, pot apărea și în stările de normalitate.

Halucinozele sînt halucinații a căror semnificație psihopatologică este recunoscută de bolnav și ca atare se comportă critic față de acestea, analizîndu-le și încercînd să anuleze influența lor. În clinică ele pot fi întâlnite în cazuri de intoxicație alcoolică, barbiturice, în encefalită epidemică. Lhermitte și Van Bogaert au descris halucinoza pedunculară în leziuni de focar în general vasculare ale trunchiului cerebral și care se manifestă prin desfășurări de imagini vizuale multiple, colărate în relief, reprezentînd personaje sau animale, cu stare de conștiință în limita enirismului.

Halucinațiile propriu-zise sau psihosenzoriale sînt stări psihopatologice definite, la modul cel mai sugestiv, ca percepții fără obiect sau reprezentări stagnante ce se însoțesc de forma convingere a bolnavului despre existența reală a obiectelor și fenomenelor pe care trăirea halucinatorie o exprimă. Așa cum s-a descris, conținutul senzorial al halucinațiilor (excitant periferic - receptor, calea de conducere a analizatorului și proiecția în zona de sinteză corticală a analizorului) le conferă o proiecție spațială, fiind exceptate de la aceasta pseudohalucinațiile.

În examenul clinic psihiatric, halucinațiile dețin o valoare însemnată pentru stabilirea diagnosticului unei stări psihopatologice. În același timp, cunoașterea lor din punct de vedere medical, permite înțelegerea mai bună a procesului de boală psihică, proces în care se pierde raportul față de realitatea existentă, aceasta fiind fals reprezentată în conștiința unei persoane. Ca atare, în boala psihică se invalidează capacitatea comunicării informaționale cu ambianța, din care decurge singularizarea bolnavului, ruperea lui de realitatea senzorială în semnifica-

ția ei, proces cunoscut sub termenul generic de alienarea minții (alienatio mentis).

După caracterul organizării lor spațiale, halucinațiile pot fi clasificate în exteroceptive, interoceptive și proprioceptive.

Halucinațiile exteroceptive după aspectul senzorial pe care îl dețin, pot fi auditive, vizuale, gustative, olfactive, tactile.

Halucinațiile auditive sînt considerate în situații psihopatologice ca fiind cele mai frecvente la bolnavul adult, spre deosebire de copilul bolnav la care predomină halucinațiile vizuale.

După plasarea lor, halucinațiile auditive pot fi în câmpul auditiv perceptibil sau în afara lui, la distanțe mari, ceea ce le și denumește extracampine.

După gradul de complexitate al conținutului lor, halucinațiile auditive pot fi descrise în :

- elementare (acoasme, fenomene): zgomote și sunete nespecifice;
- comune, cînd pot fi identificate cu un obiect sau fenomen care provoacă sursa sonoră (pașii unei persoane, zgomotul trenului) ;
- complexe (acustico-verbale), cînd sînt auzite distinct cuvinte, voci sau fraze, aparținînd unor persoane cunoscute sau necunoscute, bărbați sau femei.

După continuitatea în timp, halucinațiile auditive pot fi episodice sau durabile, în acest ultim caz fiind deosebit de stingheritoare pentru bolnav.

După starea emotivă pe care o provoacă ele pot fi favorabile (de încurajare, de informare) bolnavului sau defavorabile, cînd conținutul lor este injurios, dușmănos.

După efectul asupra conștiinței, pot fi indiferente sau imperative, în acest ultim caz direcționînd bolnavul spre săvîrșirea unor acte periculoase (acte de agresiune sau crime, cunoscute în cazuri de schizofrenia, epilepsie,

psihoză alcoolică) ceea ce instituie pentru asistența bolnavului o stare de urgență psihiatrică.

Ca incidență clinică, halucinațiile auditive în forma elementară și comună pot apare în cazurile cu procese iritative ale receptorilor periferici (otite, surditate), în leziuni ale căilor de conducere, ale lobului temporal, în sindroame confuzive toxice și infecțioase ca și în unele boli psihice: epilepsie (aura epileptică), sindroame depressive, schizofrenii.

Halucinațiile auditive verbale, în toate formele lor de manifestare, sînt frecvente în schizofrenii, psihoze delirante halucinatorii, avînd un caracter bizar și de neînțeles (discordant), după cum în psihozele depressive au un conținut cu semnificații de profundă durere, regret și imputabilitate morală.

După desfășurarea lor pot fi singulare sau simultane (multiple), comentative sau antagoniste.

Halucinațiile vizuale influențează întotdeauna atitudinea și comportamentul bolnavului, uneori avînd efecte terifiante, de puternică spaimă și panică.

Ele pot fi mono - și bioculare, mono - sau polichromatice, cu dimensiunea obișnuită a obiectelor, mărită (halucinații macroscopice, guliveriene) sau micșorată (microscopice, liliputane).

După plasarea în spațiu, pot fi situate într-un plan, în perspectivă, în relief sau dincolo de câmpul vizual (extracampine).

După claritate, pot fi clare sau vagi, singulare sau suprapuse percepțiilor normale.

După gradul de complexitate pot fi: elementare (fosfene) fotopsii) sub formă de pete, lumini; complexe sub formă de obiecte nedistincte (fantasmoscopii) sau obiecte și ființe bine conturate (halucinații figurative); scenice sub formă de statică (panoramică) sau de mișcare (cinematografice). Uneori mișcarea seamănă cu imagini caleidoscopice și se desfășoară ca în stare de vis (enirice).

După continuitatea lor, pot fi accesuale sau durabile.

Halucinațiile vizuale, în varietatea formelor lor de manifestare clinică, au o rezonanță afectivă asupra întregii personalități și a comportamentului bolnavului. Astfel, este cunoscută tensiunea emoțional-afectivă la halucinațiile vizuale din cursul intoxicațiilor cu mescalina, opiu, psihozele de inanție sau în delirurile mistice, după cum sînt cunoscute trăirile terifiante în delirium tremens sau enirismul toxic. Tot așa sînt și halucinațiile auto-scopice, care proiectează „ imaginea dublă ” a propriului corp, sau a unui segment, ca prezență sporadică sau durabilă, infrumusețată sau urîțită, dar care întotdeauna înțrețin o corespondență de trăire afectivă.

Halucinațiile vizuale pot fi întîlnite în activități psihice normale, mai rar sau excepțional, fiind favorizate de stări fiziologice (trecerea la somn), surmenaj și tensiune emotivă, în afecțiuni oftalmologice (glaucom, cataractă), în afecțiuni neurologice (leziuni ale lobului occipital prin traumatisme, focare de ameliement, tumori). Ca forme de semnificație clinică în nevrta retrobulbară din alcoolism întîlnim scetomul pozitiv a lui Morel, în mod obișnuit monocular și care se deplasează cu mișcarea ochilor. În sindromul Ch. Morel (glaucom, cataractă, decalare de retină, leziuni ale nervului optic și ale chiazmei) halucinațiile vizuale sînt elementare, geometrice la început și apoi figurative. În leziuni ale calotei pedunculilor cerebrale, halucinațiile, care se desfășoară în prezența unei forme clare de conștiință, de aspect cinematografic și microscopic, au fost descrise de Lhermitte.

Halucinațiile vizuale sînt o prezență simptomatică în sindroamele confuzive toxice, în delirul alcoolic acut, în psihoze endogene și exogene.

Halucinațiile olfactive și gustative sub formă de mirosuri și gusturi în general neplăcute (chimice, cadaverice) se întîlnesc în clinică deseori asociate altor forme de halucinații, în sindroame confuzive, psihoze endogene și delirante.

Ele pot fi asociate de halucinații multisenzoriale în contextul unor tulburări caracteristice de conștiință și

afectivitate în crizele uncinate. Criza uncinată este un accident paroxistic care exprimă o suferință de lob temporal și, în mod particular a uncusului hipocampic. Ea apare în tumori ale feței infero-interne a lobului temporal ca și după traumatisme, encefalite, accidente vasculare. Clinic, se manifestă printr-o limitare a sintezei generale a conștiinței, cu stări afective de înstrăinare, de ireal și neexprimabil („déjà vu”, „jamais vu”) la care se adaugă halucinații olfactive și gustative dezagreabile, alături de halucinații vizuale, persistente pe toată durata crizei, având un caracter oniric. Crizele uncinate se repetă, ca și paroxismul epileptic.

Halucinațiile tactile evoluează îndeosebi în psihozele toxice (cloral, etanol, cocaină) și întrețin impresia penibilă de arsură, înțepătură, curent electric, pe toată suprafața sau numai în anumite zone.

Halucinațiile intersențitive privesc sensibilitatea viscerală și ele iau imaginea deformării, schimbării de poziție sau distrugerea unor organe. Alteori, bolnavul are convingerea existenței unor persoane străine sau animale în propriul său corp, iar în cazul de localizare genitală, are impresia de orgasm sau violuri ce se comit.

Pseudohalucinațiile, halucinațiile psihice sau endofazice, sînt percepute de bolnav ca ecou al actelor sau automatismelor gândirii sale, impuse din afară, nu numai cu o impresie senzorială, dar și sub forma de idei și sentimente, deseori primind semnificația unei transmiteri și recepții telepatice. Fiind lipsite de obiectivitate spațială, ele dețin însă o obiectivitate psihică pentru bolnav. Pseudohalucinațiile se pot clasifica și ele după modalitățile senzoriale în auditive (senzorizarea gândirii, sonorizarea lecturii), vizuale cînd apar în spațiul subiectiv al bolnavului, gustative și olfactive, tactile, intersențitive și motorii (kinestezice), cînd bolnavul trăiește falsa percepție a unor mișcări impuse.

Reținem, în concluzie, cîteva trăsături caracteristice, cu valoare de simptom în cazurile cu halucinații psihosenzoriale:

- dețin o proiecție spațială în câmpul perceptive al bolnavului, dincolo de acesta ;

- întrețin ferma convingere despre valoarea lor reală și prin conținutul, durata și intensitatea lor direcționează personalitatea și comportamentul bolnavului;

- au o deosebită valoare semiologică pentru identificarea unor suferințe lezionale de focar, după cum și pentru comportamentul indus bolnavului, pentru precizarea nosologică a unor psihoze.

Patogenia halucinațiilor

Opinia despre valoarea leziunilor organice periferice ale diverșilor analizari este în prezent considerată nesatisfăcătoare, întrucît halucinațiile pot apărea și după distrugerea organelor periferice de recepție.

Modificarea funcțiilor sistemului nervos și ale scoarței cerebrale au fost incriminate de numeroși autori prin observații clinice și date experimentale. În cursul unor intervenții neurochirurgicale excitarea unui punct al cortexului temporal a provocat halucinații vizuale, muzicale, impresia de înstrăinare a ambianței.

Halucinațiile au mai fost explicate ca focare de inerție patologică a unui proces de excitație corticallă. Astfel, inerția în primul sistem de semnalizare ar putea determina halucinații figurative (vizuale), iar în al doilea sistem de semnalizare pe cele verbale.

Experiențele cît și observațiile clinice privind utilizarea substanțelor halucinogene (bufetenină, bulbocapnină, dietilamida acidului lisergic) au demonstrat capacitatea de dezintegrare a activității psihice manifestată prin iluzii, halucinații și stări oniroide. Intervenția în fiziologia nervoasă a adrenocromului, care prin nucleul său indolic se înrudește cu mescalina, sau a unui neurohormon mai recent cercetat, serotonina, tot de natură indolică, presupune ca și pentru adrenalină o competiție a drogurilor față de aceasta. Astfel se

poate acționa prin analogie de structură cu serotonina asupra acelorasi receptori celulari și în aceste situații, substanțele indolice introduse în organism cu aceleași efecte cu serotonina sau substanțele halucinogene care excită acțiunea fiziologică a serotoninei.

Experiențe și cercetări mai recente urmăresc stabilirea unor legături între deprivarea senzorială și de somn și mecanismele de instituire a halucinațiilor, ca și relația lor cu fiziologia somnului.

Datele obținute, cît și modele experimentale, confirmă complexitatea procesului psihopatologic legat nu numai de disfuncții cerebrale, ci și mezodiencefalice (nivel la care acționează substanțele psihedelice) ca și starea funcțională prealabilă a analizorilor și, în final, de procese ale metabolismului cerebral.

Procesul de cunoaștere prin raportul de comunicare informațională reciprocă dintre persoană și ambianță este selectiv, astfel încît, unui stimul conferă o proiecție clară în conștiință, datorită orientării selective la rîndul ei și a acestuia. În procesul de transformare a unei excitații în acte de conștiință intervine în permanență atenția (prosexia) ca proces de autoreglare a activității psihice.

ATENȚIA (PROSEXIA)

Atenția este un proces psihic complex din ansamblul unor activități de orientare și concentrare a întregului sistem psihic asupra unor obiecte sau fenomene care, prin semnificația lor fizică, biologică sau socială, solicită o cît mai clară și selectivă proiecție în conștiință. Această orientare este motivată de criterii biologice adaptative ca și de electivități personale. Ea se manifestă față de categorii variate de situații concrete, avînd o gradare de la reacții de orientare nespecifică pînă la o orientare dirijată și activă. Răspunsurile pot fi nediferențiate sau de concentrare selectivă durabilă și voluntară în raport de semnificația stimulului și starea de motivare a persoanei

față de acestea. În acest sens organismul și persoana umană pot fi privite ca un selector și ordonator de stimuli și nu numai ca un receptor. Relația de orientare, prin componentele sale motorii și vegetative mediate de motivații, instituie o mobilizare a întregului organism și asigură receptivitatea optimă selectivă și ordonată a stimulilor din ambianță. Prin aceasta, atenția este în strînsă corelație cu afectivitatea, ideția și acțiunea, ca activitate dominantă a unui proces psihic unitar.

Atenția poate fi caracterizată ca proces psihic cu rol adaptiv realizat de interacțiunea factorilor motivaționali și a celor situaționali, care se exprimă prin selecția și ajustarea anticipativă a mesajelor în cursul focalizării intermitente a întregii activități psihice.

Atenția ca proces psihic este susținută de dezvoltarea și organizarea ontologică a senzorialității a căror prime semne se evidențiază în a-2-a lună de viață a copilului, iar la 4 luni se constituie bazele elementare ale curiozității prin care se organizează apoi orientarea și concentrarea.

Pînă la vîrsta de un an, copilul exprimă atenția pentru activități concrete și senzoriale, ca după aceea vîrstă să se orienteze asupra relațiilor cu ceilalți. Prin relațiile de grup uman el își dezvoltă mijloacele de comunicare, mimica, pantomimica și apoi limba, iar prin ansamblul acestora mobilizează și susține atenția care la această etapă de dezvoltare este spontană, involuntară și puțin persistentă.

Pe parcursul celei de a doua etape a copilăriei dezvoltarea sa antrenată de preferințe și interese organizează volumul, concentrarea și persistența atenției voluntare. Prin activitatea caracteristică și preferințială a acestei vîrste, activitatea ludică, de joc, copilul dezvoltă celelalte calități ale procesului prosexic cum sînt distribuția și mobilitatea acestuia.

Capacitatea de mobilizare voluntară a atenției este predominant conturată în etapa a 3-a a copilăriei cînd se pot distinge și tulburări caracterizate

prin scăderea capacității de mobilizare și menținere a atenției. Acestea se diferențiază ca dezvoltare a funcțiilor de cunoaștere sau lipsa de interes și oboseală în situații de normalitate. Totodată unele situații de instabilitate, atitudini pasive sau introvertite sînt elemente de observație clinică și diagnostic diferențial.

În observația clinică, clasificarea obișnuită a procesului prosexic se face după particularități apreciate prin stabilitatea, concentrarea, volumul și flexibilitatea (concentrarea și distribuția) procesului prosexic.

Astfel, prosexia se apreciază ca stabilă în raport de durată și de menținerea ei asupra unui obiect sau fenomen, în timp ce volumul îl apreciem prin cantitatea de obiecte sau fenomene care pot fi cuprinse simultan în câmpul conștiinței. În cursul activității, prosexia are capacitatea de a se deplasa de la un fenomen la altul fiind flexibilă, sau se poate fixa simultan asupra mai multora, fiind distributivă. Când este distributivă, atenția are un caracter automatizat, presupunînd cunoașterea pe baza experienței, a unora din fenomenele pe care le cercetăm, concentrîndu-se asupra celor noi.

Tulburările de atenție (disprosexii) pot fi exprimate mai evident în unele din particularitățile ei, sau pot avea un caracter global. În clinică, tulburările de atenție în mod obișnuit sînt clasificate după criterii cantitative, ceea ce face să nu fie neglijate caracteristicile celelalte în contextul examinării unei persoane.

Hipoprosexia - scăderea atenției este caracterizată prin diminuarea globală a particularităților atenției și poate fi identificată ca simptom în cursul stărilor nevrotice, surmenaj și epuizare. Ea se agravează sau poate ajunge la aprosexie ca perturbare gravă în sensul incapacității, sau a unei posibilități foarte șterse de exprimare și utilizare a atenției evidentă în sindroamele confuzionale, schizofrenii, psihoze exogene, demențe și oligofrenii.

Hiperprosexia sau funcționarea exagerată a atenției, în mod obișnuit în unele din caracteristicile ei, ca expresie a unei hiperexcitabilități corticale, apare în

stările maniacale și stadiile unor intoxicații. De regulă, se însoțește de un deficit de stabilitate și concentrare, obiectivitate, caracteristice stărilor de agitație psihomotorie, cu logoree și expansivitatea conduitelor.

Hiperprosexia mai poate fi exprimată în stări afective dominante, cum se întîmplă în melancolie, sau prin dominanța unor procese delirante însoțite de o puternică tensiune afectivă, ca și situația delirurilor de interpretare.

Ea se evidențiază de asemenea în epilepsie, prin anunțirea perseverentă a unor particularități ale obiectelor și fenomenelor, care sînt redată prin exprimare verbală, grafică sau în executarea unor acțiuni.

Aprosexia semnifică abolirea atenției și apare în stări confuzionale, sindromul catatonie, demențe, oligofrenii prin scăderea globală a performanțelor intelectuale.

Verificarea atenției se face prin probe de apreciere a caracterului ei global, a particularităților sau a preponderenței în activitate a unora din formele sale. Probele se fac prin evaluarea capacității de a prezenta ordinea unor obiecte sesizate, prin aprecierea corectitudinii în efectuarea calculelor, sau a unor exerciții de corectură tipografică. Cu ajutorul tahistoscopului se face cercetarea concentrării, volumului și intensitatea atenției prin prezentarea în timp limitat a unui număr de figuri, pe care pacientul apoi urmează să le reproducă.

O metodă curentă în clinică este metoda lui Kraepelin în care subiectul efectuează o numărătoare de la 100 înapoi din 3 în 3, din 7 în 7, din 13 în 13.

Mecanismele neurofiziologice și psihologice ale atenției au fost obiectul de cercetare, observație și experiment, care a progresat prin studiul electrogenezei cerebrale și punerea în evidență a formației reticulare, alături de alte stadii privind comportamentul uman relațional (V. Predescu - Psihiatrie).

Formația reticulară cuprinde un sistem neuronal localizat în trunchiul cerebral, bulb, protuberanță, mezencefal, denumit sistemul reticular activator ascendent și un alt sistem în diencefal, denumit sistem reticular

difuz de proiecție.

Stimularea sistemului reticular activator ascendent are un efect tonic, de lungă durată, difuz și remanent. Stimularea sistemului reticular difuz de proiecție, are un efect fazic de scurtă durată, limitat topografic și pentru o durată egală cu stimularea.

Atenția se realizează prin participarea acestui sistem reticular activator și selector la stimularea oricărei activități senzoriale.

În cazul distrugerii formațiunii reticulare efectul activității asupra cortexului este abolit.

Intreruperea căilor senzoriale specifice aferente (deasupra substanței reticulare a trunchiului cerebral) și stimularea lor apoi, asigură un efect activator. Aceasta datorită drumului spre cortex a căilor senzoriale specifice, care ajunse în regiunea mezodiencefalică, trimit ramuri colaterale neuronilor substanței reticulare. În acest mod impulsurile de la receptori în calea lor spre cortex dispun de două trasee: unul nespecific comun oricărei modalități senzoriale, realizat de ramurile colaterale prin formațiunea reticulată și altul specific prin căile proprii fiecărui analizator, care evitând substanța reticulată, merg spre cortex.

Formațiunea reticulară reprezintă o zonă de caracter activator (trezire) și o zonă de convergență a impulsurilor senzoriale. Astfel, declanșarea atenției și menținerea ei este realizată de stimularea senzorială naturală, a cărei impulsuri sunt selecționate, aceste situații sunt amplificate, de substanța reticulară. Integritatea sistemului activator dinamogen mezodiencefalic menține un nivel ridicat al proxeisiei și condiția unei oportune și rapide orientări în ambianță. Experimental s-a constatat reacția electrică de trezire la stimularea diferitelor puncte corticale care se efectuează prin impulsuri cervico-reticulare-corticale, fenomen ce asigură menținerea atenției voluntare.

Formațiunea reticulară s-a constatat că deține pe lângă funcția generalizant tonigenă și o funcție fracționat exclusivă, care asigură oportunitatea și selectivitatea aten-

ției.

Aceste date configurează mecanismele interne de control adaptativ, rolul factorilor subiectivi la acțiunea stimulilor ambianței.

Procesul de orientare și concentrare a activității psihice asupra fenomenelor și obiectelor din mediu este și condiția formării și consolidării legăturilor temporale dintre acestea. Realizarea lor este posibilă prin actualizarea în conștiință a reprezentărilor și experiențelor trăite, realizate în procesele memoriei.

MEMORIA - PROCESELE MNEZICE

Așa cum am văzut, comportamentul într-o desfășurare de actualitate se ordonă în funcție de experiențele anterior trăite.

Procesul psihic de referință retrospectivă se realizează prin fixarea, păstrarea și evocarea (reactualizarea) unor informații cunoscute și însușite din experiența trecută.

Aceste experiențe sînt menținute în substratul morfofuncțional al creierului ca semnale condiționate ce se pot reactualiza la solicitări și noi informații. Prin aceste mecanisme de tipul reflexelor vestigiale se evocă și se recunosc diverse legături condiționale, constituite din asociația unor fenomene, acțiuni de semnificații temporo-spațiale, fixate și păstrate ca amintiri.

În acest fel procesele mnezice stabilesc o legătură dinamică de continuitate și consecvență dintre ceea ce a fost perceput, gândit și trăit (păstrat ca amintire) ca fenomen subiectiv ce conferă unitate și caracteristici individuale personalității. Funcția anticipativă a comportamentului uman, cunoașterea și viața psihică nu sînt posibile decît prin funcțiile mnezice. Examinarea ontogenetică a proceselor mnezice evidențiază caracterul lor predominant involuntar la etapa primului an de vîrstă, cînd copilul reține experiențele concret-senzoriale (vocea mamei, obiectele contactate în spațiul său de experiență). Aceste etape de vîrstă prin fixarea unor legături condiționale privind experiențele sale senzoriale

exprimă reacții preferențiale, iar la sfîrșitul etapei de 1 an vîrstă, prin dezvoltarea capacității de reproducere, imită gesturi și cuvinte.

În prima copilărie (1-3 ani) se constată dezvoltarea memoriei facilitată de progresul limbajului și al proceselor afective, prin care fixarea și păstrarea amintirilor este evidentă în actele de comportament.

În etapa a doua a copilăriei (3-7 ani) se evidențiază o dezvoltare a capacității de reactualizare (recunoaștere) antrenată prin fixarea și păstrarea experiențelor cîștigate în activitatea ludică, de joc a copilului.

Prin îmbogățirea experiențelor deduse din cîmpul relațional al copilului, se stabilesc legături dinamice între procesele mnezice și cele voluntare prin care se realizează de altfel și adaptabilitatea comportamentului la relațiile de grup. De la această etapă, care exprimă gradul de dezvoltare specifică vîrstei și relațiilor cu ambianța, se instituie premisele unei ordini raționalizate și o proiecție socială a timpului ca proces de realizare a memoriei sociale.

În perioada școlarizării, îndeosebi în primii ani de școală, memoria deține încă un caracter concret senzorial, parțial selectiv și fragmentar, cu dezvoltarea ulterioară a capacității dirijate și voluntare de memorizare prin care devine posibil procesul instructiv-educativ, la rîndul său factor activator al proceselor mnezice.

Testele psihologice confirmă caracterul complex și varietatea unor tipuri de memorie, fiind descris astfel tipul de memorie imediată și tipul de memorie diferențiată a sunetelor, cifrelor, imaginilor, cuvintelor și a situațiilor. O altă clasificare stabilește, în raport de complexitatea proceselor mnezice, tipuri de memorie pasivă (elementară automată) cum este repetiția mecanică și cea de obicei și tipul de memorie asociativă evocativă și reflexivă. În aceste ultime forme se exprimă calitățile psihologice voluntare și intelective ale personalității.

În examinarea clinică se mai utilizează clasificarea privind gradarea în timp a memoriei, gradare prin

care se disting tipurile de memorie imediată, memorie recentă și memoria evenimentelor îndepărtate.

Se constată în general, o incapacitate de păstrare a amintirilor sub vîrsta de 3 ani, deși procesele mnezice se manifestă de la vîrsta de cîteva luni a copilului, ceea ce confirmă caracterul complex de sinteză a proceselor mnezice la care intervin acțiunile de participare activă, voluntară și intelectuală a unei persoane.

În felul acesta prezentul este înțeles ca un act idee-afectiv al evocării, întrucît fără a participa activă și conștientizată se realizează doar repetarea unor conduite și nu evocarea lor, care transformă amintirea într-un model de judecată asupra amintirii.

Tulburările memoriei pot avea un caracter global sau pot fi evidente doar în unele aspecte sau operațiuni ale proceselor mnezice.

Regresia memoriei se produce de la experiențele recente spre cele din trecutul îndepărtat, cum se constată în uzura cerebrală a vîrstelor înaintate (uzură de cronogeneză). Experiențele asociate unor trăiri afective puternice sînt cele mai stabile în conștiința unei persoane.

Tulburările de memorie în totalitatea lor sînt denumite dismnezii și după aspectul predominant pot fi clasificate clinic în dismnezii cantitative și dismnezii calitative (paramnezii).

Dismneziile cantitative sînt: hipomnezia, amnezia și hipermnezia.

Hipomnezia denumește scăderea globală a memoriei și se identifică asociată de regulă cu hipoprosexia în cadrul simptomatologiei nevrozelor, spre deosebire de capacitatea scăzută în mod permanent a memoriei, în oligofrenii.

Amnezia este pierderea memoriei, astfel încît experiențele trăite nu mai reapar în cîmpul conștiinței sau sînt grav deformate prin inducția sugativă și credulitatea absurdă în cazurile de demență.

Destructurarea memoriei se face prin referință la perioada de instalare a bolii, astfel amneziile se deosebesc în amnezii antero-grade (de fixare) și amnezii retrograde (de evocare).

Amneziile anterograde cuprind experiențele trăite după instalarea bolii și privesc scăderea capacității de fixare și păstrare. În aceste situații se evidențiază clinic incapacitatea bolnavului de a evoca o experiență recentă, în timp ce experiențele fixate în trecut sînt păstrate și evocate corect. Capacitatea de fixare a memoriei este însă diferită și în raport de vîrstă. Pierderea sau deteriorarea experiențelor recente se realizează de la cîteva minute la cîteva ore cu păstrarea relativă, așa cum am văzut, a capacității de evocare (reactualizare sau recunoaștere).

Acest fenomen este bine evidențiat clinic în psihoză Korsakov unde proba experimentală privind fixarea unor cunoștințe și evenimente noi sau recente arată o gravă incapacitate, în timp ce amintirile vechi sînt clar păstrate.

Caracterul foarte evidențiable clinic al acestui tip de tulburare mnezică, menține în utilitatea practică de numirea de amnezii de fixare, deși așa cum constată numeroși psihiatri, fixarea mnezică nu este un proces mecanic, activitatea psihică în acest sens putînd fi perturbată în situații care nu dovedesc un real și testabil deficit mnezic.

Amnezia retrogradă cuprinde tulburările de memorie, progresive în trecut, a experiențelor dinaintea instalării bolii și se evidențiază într-o varietate a demenței senile, presbiofrenia Wernicke, unde sînt asociate cu afazia progresivă.

Important de reținut în destructurarea sau disoluția memoriei (ca și a limbajului) este amnezia care merge de la complex la simplu, de la nume proprii la cele comune, apoi la adjective, adverbe și verbe. Th. Ribot a descris legea regresiei "Destructura mnezică merge progresiv de la complex la simplu, de la inconstant la constant, de la neobișnuit la automatizat, întîi dispar

evenimentele recente, apoi fundul mai vechi, mai tîrziu afectele, ultimele, obișnuințele simple și profund înrădăcinate" (Th. Ribot, 1882).

Uneori amneziile retrograde se extind și la o perioadă anterogradă constituind o amnezie antero-retrogradă asupra experiențelor trăite după debutul bolii ca și pe cele dinaintea acesteia.

După condițiile instalării și durata lor, amneziile pot fi lacunare cînd se referă la suprimarea temporară a cunoștinței, un traumatism cranic-cerebral, stări confuzionale indiferent de etiologia lor, crize epileptice, beția alcoolică patologică, ca și uneori în stările avansate ale intoxicației alcoolice.

Amneziile lacunare pot fi totale sau parțiale după conținutul și capacitatea proceselor mnezice de fixare, păstrare și evocare (recunoaștere).

Ca o varietate mai este descrisă în clinică amnezia întîrziată sau tardivă după cum lacuna mnezică se instalează nu imediat unui episod confuzional, ci mai tîrziu.

Lapsusul reprezintă o dificultate de evocare pasageră de aspect lacunar în cursul frazării.

Toate aceste tipuri clinice atestă caracterul complex al proceselor mnezice în viața psihică a unei persoane, iar identificarea lor clinică deține o importanță valoare de diagnostic clinic și medico-legală psihiatrică.

Hipermneziile se caracterizează prin capacitatea exagerată a unor evocări, care prin aglomerarea și multitudinea lor distrag bolnavul de la preocupările esențiale ale unor situații prezente. Aceste manifestări pot avea un caracter psihoreactiv la tensiunile de regulă anxioase la care poate fi plasată o persoană în limitele normalității.

În clinică ele pot fi identificate mai frecvent ca o manifestare simptomatică la cazurile de psihopatie paranoică și paranoia, care au capacitatea surprinzătoare de a reține nume, situații, date, numerele unor acte care au semnificație pentru conținutul delirant al bolii.

Hipermnezia se evidențiază în cazurile de excitație maniacală, stări consecutive narcozei cu eter, cloroform, stări febrile, epilepsie temporală și sindroame toxice îndeosebi prin substanțe psihedelice (psihodisleptice) când au un aspect oniroid.

O formă particulară de hipermnezia poate fi întâlnită la unii oligofreni prin capacitatea stereotipă (meccanică) dar excepțională de fixare, păstrare și evocare selectivă a unor cifre și calcule.

Hipermneziile, îndeosebi cele oniroide, sînt deficite grave ale memoriei sociale prin anularea distincției dintre trecut și prezent, cît și prin neselectivitatea amintirilor reținute. În mod obișnuit uitarea se exercită asupra elementelor nesemnificative pentru comportamentul uman, iar selectivitatea sa permite achiziții noi și o adaptabilitate mobilă, activă la experiențele neîntrerupte pe parcursul vieții. În acest sens mentismul constituie o trăire psihopatologică în care bolnavul este spectatorul unei desfășurări incoercibile de idei și amintiri, fără capacitatea de a fixa și rememora evenimentele prezente din ambianță. De asemenea, viziunea retrospectivă reprezintă o manifestare extremă a hipermneziei în care subiectul reține în câteva momente întreaga sa viață și se întâlnește în situații de pericol existențial iminent, paroxisme anxioase, stări confuzionale halucinatorii, crize de epilepsie temporală.

Dismneziile calitative sau paramneziile se realizează ca amintiri false în raport cu realitatea, fie în ce privește plasarea lor cronologică, fie legătura cu situațiile trăite. Aceste evocări deformate ale unor experiențe trăite în timpul și situația când ele s-au desfășurat, în analogie cu procesele percepției, au fost considerate tulburări ale sintezei mnezice sau iluzii ale memoriei (pseudomnezii). În această categorie de pseudomnezii se descriu tulburări ale sintezei mnezice imediate: criptomnezia, falsa identificare, iluzia de recunoaștere și tulburările rememorării trecutului (allomneziile); pseudoreminiscențele, confabulația, amnezia și anecforia.

Tulburările sintezei mnezice imediate (iluziile mnezice) sînt evocări eronate, neîncadrate în timp și spațiu, nerecunoscute de subiect ca proprii.

Criptomnezia întâlnită clinic în schizofrenii, deliruri sistematizate, demențe traumatice și vasculare, se manifestă ca o incapacitate a discriminării dintre amintirile personale și cele auzite, citite sau petrecute în vis, între experiențele personale și evenimentele ambianței. În analiza comportamentului unei persoane aceste situații, prin contextul tabloului simptomatologic, se deosebesc evident de plagiat ca act voluntar și imoral.

O situație inversă se realizează în fenomenul de înstrăinare a amintirilor când experiențele personale sînt considerate nu trăite, ci aflate și aduse la cunoștința bolnavului.

Falsa identificare ca și opusul ei, iluzia de nerecunoaștere, sînt variante ale criptomneziei și se manifestă în primul caz ca o falsă recunoaștere sau greșită evocare a unor amintiri spre deosebire de următoarea variantă în care sînt recunoscute amintiri (persoane, fapte, evenimente) care nu au avut loc.

În alte situații clinice bolnavul poate avea impresia că nu a văzut sau trăit situații prezente și cunoscute lui în forma fenomenului „jamais vu” sau „jamais vacu”. Această trăire ambivalentă între trecut și prezent, între o realitate acceptată și alta care nu se recunoaște poate fi întâlnită în psiastenii și sindroame discordante.

A mai fost descrisă paramnezia de reduplicare în care bolnavul susține o dedublare permanentă a situațiilor trăite (astfel se descrie un bolnav tratat pentru prima dată, dar care susține că a mai fost tratat în aceeași clinică, de aceleași persoane) fără a realiza continuitatea între amintire și experiența actuală.

Allomneziile sau tulburările rememorării trecutului sînt deformări mnezice retrospective ale unor experiențe trăite.

În forma pseudoreminiscențelor bolnavul trăiește experiențele trecute ca evenimente actuale sau situații ce poate fi actuale.

identificată în sindromul amnestic Korsacov.

Confabulația sau halucinația de memorie este re-producerea imaginară a unor evenimente care nu au existat, cu ferma convingere privind evocarea lor. Situată între minciună și adevăr, fabulația exprimă o stare psihopatologică în care bolnavul fără a spune adevărul, nu minte întrucât nu are conștiința acestui fapt. În sindromul Korsacov, aceste situații denumite și confabulări de perplexitate sau de jenă, sînt expresia compensatorie a deficitului mnezic de fixare și păstrare a experiențelor recente și imediate care instituie în consecință evocări patologice. În formele grave de deficit intelectual și al personalității din demențele senile confabulațiile pot fi identice unor scene de vis, deci neconcordante realității, neverosimile și fantastice, fiind denumite confabulații onirice.

Emneziile ca simptom întâlnit în cadrul demențelor senile se manifestă ca o tulburare globală a memoriei, care confundă trecutul cu prezentul. Astfel, bolnavul deși nu este, se consideră totuși în activitate, re trăiește experiențele trecute în contrast evident cu realitatea obiectivă (bolnavii în vîrstă se consideră tineri sau copii și trăiesc intens episoadele trecutului lor îndepărtat).

Anecforia este posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care bolnavul le consideră șterse din memorie și care devin posibile prin sugerarea lor. Acest simptom poate fi întâlnit într-o formă relativ ușoară în stările de surmenaj, dar sînt repetabile și extinse în sindroamele predemențiale și demențiale.

Enumerarea acestor forme de dismnezii ilustrează modalitățile psihopatologice variate ale proceselor mnezice în cursul unor sindroame psihice, iar diferențierea lor în pseudomnezii și allomnezii are mai mult o valoare descriptiv-didactică pentru a sublinia totuși o simptomatologie cu importanță semnificativă pentru diagnosticul clinic.

Cercetările moderne au realizat progrese pentru cunoașterea mecanismelor memoriei prin direcția unor studii

biologice, bioelectrice, cibernetice și psihologice.

Explicațiile și ipotezele privind procesele mnezice și perturbarea lor.

Cercetările de psihologie experimentală, asociaționistă, reflexologică sau freudiană, ca și studiile asupra motivației comportamentului de neurocibernetică privind reglajul logic al sistemelor informaționale, oferă rezultatele lor, asociate cercetărilor de neurofiziologie, biochimie și genetică, căile de abordare și sinteză de utilizare a acestor achiziții în psihopatologia clinică.

Cercetările devenite clasice, ca și altele moderne, s-au ocupat de topografia formațiunilor neuronale angajate în procesele mnezice. Hipocampul și lobul temporal au fost primele regiuni cerebrale ale căror leziuni au dus la constatarea tulburărilor mnezice. Korsacov în descripția sindromului care-i poartă numele (1887) se referă la leziunile bilaterale din hipocamp. Au urmat apoi descrierea tulburărilor mnezice în leziuni sau extirpări ale lobului temporal (dismnezii ale memoriei de fixare), alterarea sau atrofia corpiilor mamilari prin care apar amnezii, leziuni bilaterale ale cortexului parietal, care prin afazozagnozo-apraxie realizează deficite ale capacității de achiziție și învățare a unor formații complexe.

Caracterul extins al zonelor incriminate și prin disfuncția cărora apar cu precădere dismnezii de fixare și însușire a datelor noi, în timp ce memoria datelor vechi este relativ bine păstrată, contravine suferinței privind localizarea proceselor mnezice în unele sau în toate aceste zone. Neîntîlnind cunoscută structura morfologică prin care se realizează procesele mnezice de fixare, s-a incriminat existența unor circuite neuronale reverberante, care formînd lanțuri închise ar stoca în forma dinamică de utilizare, informațiile mnezice. Aceste circuite neuronale ar fi formații filogenetice vechi, care reunesec cortexul temporal de cortexul frontal de aceeași parte, printr-un traseu complex prin hipocamp, pilierii fornixului, corpiii mamilari, fascicoul Vloq d'Azir, nucleul anterior al talamusului și girusul cingular. Fibre de asociație leagă formațiunile omoloage ale hemisferului opus. Acest traseu

este considerat (Papez, Delay) suportul vieții emoționale și indispensabil pentru a stabili evocări ale amintirilor datorită întinderii sale și raporturilor topografice cu alte formațiuni.

Rolul acestor formațiuni pentru memorie a fost corelat cu suferința izolată a unora din aceste elemente și anume:

- atrofia corpurilor mamilari în mod selectiv prin carență timinică. Experiențele pe animale arată că distrugerea corpurilor mamilari și rezecția bilaterală a hipocampului duc la scăderea efectelor condiționărilor anterioare, recente și a celor noi;

- rezecția hipocampului în cursul tentativelor neurochirurgicale de abordare a epilepsiei;

- encefalopatia carențială în alcoolismul cronic, cu amnezia caracteristică, este consecința alterării sistemului hipocampo-mamilar.

Experiența neurochirurgicală, tabloul clinic de suferință cerebrală, cât și experiențele pe animale au sugerat o diferențiere după topografia formațiunilor neuronale în procesul amnezic. Astfel leziunile cerebrale dau anumite grade de tulburări mnezice, cele axiale fiind diferențiate de cele corticale.

Leziunile trunchiului cerebral și a hipotalamusului posterior prin care ar apărea amneziile axiale dau o coborâre a vigilității până la comă, astfel încât integritatea acestor formațiuni pare importantă pentru procesele mnezice.

Atingerile la nivelul circuitului lui Papez au fost deja prezentate.

Leziunile corticale care se asociază de regulă cu distrucții ale zonelor subcorticale corespondente și ale fibrelor de asociație care vin, pleacă sau le traversează, modifică întotdeauna capacitățile funcționale ale creierului și realizează tipuri particulare de amnezii neurologice (Delay).

Cortexul fiind specializat funcțional, leziunile ariilor motorii și cele ale ariilor senzoriale dau di-

ferite corespondente, iar leziunile ariilor de asociație după predominanța emisferului dau tulburări ale gnoziei, praxiei și limbajului.

În toate aceste tipuri de suferință lezională, dispar atât achizițiile trecute, cât și capacitatea de însușire a altora noi.

Toate leziunile corticale care perturbă o funcție, perturbă prin aceasta și memoria privind experiențele fixate și păstrate, cât și capacitatea însușirii altora noi.

În aceste situații testele de memorie arată diminuarea posibilităților de reținere și înțelegere a situațiilor, diminuarea capacității de memorare imediată și păstrarea acelor achiziții care s-au făcut lent și cu efort, ca și ștergerea selectivă a memoriei auditive și verbale (în leziunile de emisfer stâng) și a celei gnozo-practice (în leziunile de emisfer drept).

Observațiile clinice confirmă în același timp rolul circuitelor memoriale corticale și subcorticale în funcție de stocaj a memoriei, ca și caracterul indispensabil al integrității formațiunilor axiale în evocarea mnezică, fără a putea fi considerate „sediul amintirilor”.

În ce privește structura și dinamica proceselor mnezice, datele de histologie, neurofiziologie și studiul amneziilor corticale sugerează un suport al informării prin circuite neuronale, care întrețin un potențial de evocare la diversele arii corticale de proiecție a organelor senzoriale realizând stimulări comune finale.

Din acest circuit neuronal primar stimulii se propagă în rețeaua neuronală corticală complex definită din punct de vedere anatomic, la care intervin facilitățile funcționale create în cursul experiențelor anterioare.

Repetarea ar întârzi stimulările comune finale și rețeaua neuronală corticală complexă, realizând trasee elementare mnezice. Această ipoteză se fondează pe opinia persistenței anumitor modificări cerebrale chiar și atunci când cauzele ce le-au determinat își încetează acțiunea. Cercetările histologice prin microscopia electronică și fixare a fragmentelor celulare corticale atestă existența unor corpusculi sferici (vacuole interfibrilare) plasați la distanțe constante și în legătură cu un număr constant

de fibre neuronale. Acestea ar constitui o unitate funcțională ce poate fi activată după un stereotip funcțional la punerea în funcție chiar a unei singure fibre neuronale. Se presupune astfel, că fiecare neuron este depozitarul unei informații care în ansamblu realizează un circuit neuronal aflat într-o coeziune funcțională. Dacă un număr mare de circuite neuronale, sub facilitarea experiențelor anterioare, a învățării, pot constitui o unitate funcțională, care ar fi suportul material al memoriei, rămâne de stabilit raportul dintre acest suport și semnificația conținutului mnezic. Între experiența în curs de a fi trăită și funcționarea unui circuit neuronal (meta-circuit) ar exista o corespondență ca suport al percepției, conștiinței și a reactivității la acea situație. Fiecare schimbare a acestei situații antrenează o schimbare de percepție, de conștiință și de reactivitate, care va avea ca suport un alt circuit neuronal, diferit de precedentul și specific noii situații.

În acest sens ar exista un codaj de analogie univoc între situația motorio-senzorio-mentală a unei persoane aflată în cursul unei situații trăite și circuitul metaneuronal care susține această activitate. Deși specific, circuitul neuronal în funcție nu se află izolat, ci în contact funcțional cu alte numeroase circuite, iar reprezentarea cerebrală a fiecărui aspect specific al circuitului neuronal se dispune într-o topografie proprie. Astfel stimularea vizuală se asociază de o anumită scară intelectuală care se exprimă printr-un gest. Un alt aspect poate deriva dintr-o stimulare auditivă care se va exprima într-o formă verbală, dar gestul și vorbirea pot exprima aceeași experiență trăită.

Organizarea neuronilor poate fi văzută într-un dublu aspect:

- celule de aceeași funcționare (motorie, senzitive, vegetative etc) sînt grupate în ariile specializate ale creierului, într-o organizare anatomică de natură genetică caracteristică speciei;

- aceleași celule intră în rețeaua funcțională extrem de numeroasă a circuitelor metaneuronale ca

organizare funcțională, cîștigată și caracteristică fiecărui individ.

Aspectul dinamic al funcționării circuitelor neuronale presupune o recunoaștere în prezența stimulilor și o evocare în absența lor, ca procese prin care se menține traseul mnezic. În acest sens absența evocării reprezintă uitarea, amnezia retrogradă în traumatismele craniene. Alterarea sistemului hipocampo-mamilar întrerupe evocările repetate ale experiențelor trăite înaintea accidentului.

În final, caracterul simultan sau succesiv al unor experiențe și evocări întărește circuitele neuronale și formează altele noi.

Referitor la conținutul mnezic și uitare, ca proces general ce privește modul selectiv în care unele amintiri se păstrează, iar altele nu, studiul motivației explică rolul semnificației experiențelor trăite. Motivația apare ca o structurare pentru prezent și viitor prin semnificația experiențelor trăite în trecut. De altfel și legea regresivității memoriei descrisă de Th. Ribot stabilește păstrarea integrală nu a amintirilor vechi, ci a celor vechi și cu semnificație.

Rezultatul experiențelor de neurochimie au adus importante contribuții pentru studiul memoriei, stabilind rolul de potențare procesele mnezice al D.N.A. și R.N.A. S-a constatat astfel o corespondență între creșterea concentrației de R.N.A. și volumul și capacitatea memoriei.

Impulsurile informaționale ar deține capacitatea reorganizării bazelor purinice din molecula R.N.A., iar prin varietatea de modificări ale R.N.A. s-ar realiza proteine specifice în neuroni. O serie de noi excitanți poate dezintegra aceste proteine specifice descărcînd mediatorii chimici la nivel de sinapsă, cu activare postsinaptică și punerea în acțiune a altor circuite.

Intrucît cantitatea de R.N.A. este de 10 ori mai mare în celulele gliale față de neuron, potențialul mnezic este o legătură funcțională dintre glie și neuron, nu numai dependent de cantitatea de neuroni și R.N.A.

Investigarea memoriei prin teste psihologice stabilește pe bază de observație și experiment importanța proces-

sului prosexiei, fără de care este dificil a se obține aprecieri corecte. În prezent se renunță progresiv la probele clasice de memorie care testau de fapt acte psihice cu semnificație mai largă.

Metoda Wierzecki prin care se repetă un grupaj de cifre ce au fost enunțate de examinator și care apoi la 1-2 minute repetă altul rămâne de utilitate clinică cu - rentă. Tot astfel se utilizează procedeul repetării unor nume de orașe sau ca în metoda Bernstein un grup de 9 figuri prezentat peste 30' într-un grupaj de 25 figuri, urmînd a fi recunoscute primele.

Testul de investigație mai complexă este scara Weschler pentru memorie (W.M.S.- Wechsler Memory Scale) care cuprinde probe de informație generală, de control (memorare în sens invers), memorarea unui paragraf, a unor cifre, a unor perechi de cuvinte.

SEMILOGIA IMAGINAȚIEI

Imaginația este procesul psihic de creare a unor imagini despre lume și viață, prin prelucrarea, transformarea și sintetizarea reprezentărilor și ideilor. Susținută de procesul gândirii, de care nici nu poate fi despărțită, ea formulează anticipativ și creativ construcții logice sau paralogice, a căror verificare se face prin experiență.

Imaginația se elaborează prin experiențe trăite, dar și prin cele neperceptute și chiar neexistente în realitate. Ea se poate desfășura într-o formă pasivă sau neintențională, în care intră visul și reveria, exprimînd motivații și trăiri ideo-afective, deseori nedecarate, analiza lor fiind importantă pentru cercetarea semiologică în psihopatologie.

Intr-o formă activă sau intențională după natura reprezentărilor poate fi:

- reproductivă cînd formulează imagini noi sugerate de descripția plastică a realității;

- creatoare, capabilă să elaboreze imagini noi și creatoare, prin care se anticipă idei și scheme de acțiune;

- vis de perspectivă, cînd proiectează mental propriile dorinți și aspirații de viitor;

Imaginația se realizează prin operațiuni de complexitate diferită, cum sînt:

- aglutinarea sau fuzionarea unor imagini;

- Combinarea sau transferul unei imagini într-un context nou și neobișnuit;

- amplificarea și diminuarea unor trăsături prin care se obțin efecte noi de imagini;

- tipizarea în baza unor trăsături esențiale a unor obiecte, fenomene sau personaje, care devin apoi modele ale unor construcții mentale;

- schematizarea prin reducerea reprezentărilor în trăsăturile esențiale, care în asociație cu procedeul tipizării ilustrează o acțiune;

- simbolizarea, operațiune constantă, care prin gradul de complexitate poate exprima mai evident modificările sau devianța patologică a gândirii.

Imaginația, așa cum se constată, prin conținutul și operațiunile ei este indisolubil corelată cu procesele gândirii în dezvoltarea lor cronogenetică, dar și în destrucțurarea lor patologică.

Aspectele psihopatologice ale imaginației privesc intensitatea evident scăzută în nedezvoltarea și regresivitatea proceselor de cunoaștere, respectiv în oligofrenii și demențe. Se constată o limitare și scădere a imaginației în bradipsihia epileptică cu tendința sa excesivă și analitism, în stările de inhibiție și psihoreactive acute și în mod pasager în nevroze și depresii.

Exaltarea patologică a imaginației se constată în stadiile inițiale ale intoxicațiilor exogene, excitațiile psihomotorii și toate stările delirante.

Tulburările imaginației de reproducere sînt ilustrate în mitomanie (minciună patologică sau pseudologie fantastică) ca deformare constantă a realității, cu reproducerea exagerată a unor întâmplări, trăsătură caracteristică personalităților dizarmonice cu emotivitate și sugestibilitate exagerată și cu exaltare imaginativă.

Caracteristicile mitomaniei sînt:

- organizarea neconformă dintre relatare și conținutul ei, prin care se sesizează deformarea realității, fenomen denumit organizare romanească a trăirii;

- ideile conținutului și formei de relatare exprimă dorințele, aspirațiile și supraestimarea propriei persoane, fenomen denumit existențial;

- conduita de teamă față de imposibilitatea unei realizări în afara procesului de deformare a realității;

Mitomania este expresia unei dezaprobări, constantă în conduitele isterice și asociată altor forme dizarmonice ale personalității. Ea realizează un impact cu realitatea, fără sesizarea posibilității unui scop sau beneficiu, ceea ce o deosebește de minciună sau șarlatania curentă și o apropie de delir, fără însă a se identifica prin semnificație, cu acesta.

Confabulația, spre deosebire de mitomanie, este o producție imaginară străină de realitate, asociată unor tulburări de memorie și a scăderii controcului critic al conștiinței, simptom întâlnit în psihozele alcoolice și demențe.

Mitomania ca și confabulația se deosebesc de minciună, totuși aceasta din urmă constituie și ea un subiect al analizei psihopatologice sub raport etic, fiind opusă din acest punct de vedere sincerității. În contrast cu adevărul, apare atitudinea de simulație a unor simptome și boli, cu orogăție de posibilități și informații după inteligența și instruirea persoanei interesate. La oligofreni simulația este naivă și deseori perseverentă, după cum la personalitățile dizarmonice și îndeosebi în isterie este spectaculară pînă la forme caricaturale.

Spre deosebire de simulația acestor categorii și cea circumstanțială a persoanelor în limitele normalității, metasimulația este realizată de persoana care a trecut printr-un episod maladiu (psihotic, confuzional etc.) și după restabilirea sa, persistă asupra unor acuza în vederea menținerii unor beneficii. Suprasimulația aparține unei persoane real bolnave, dar care amplifică manifestările autologice.

sale.

Disimulația este dimpotrivă atitudinea prin care se ascunde suferința și boala și care poate duce la consecințe grave cum este suicidul în cazul sindroamelor depresive sau violența și agresivitatea la deliranti și epileptici.

SEMILOGIA GÎNDIRII

Gîndirea în cadrul proceselor de cunoaștere, este activitatea psihică cu cel mai complex grad de organizare, este o activitate mediată și generalizată. Procesul gîndirii folosind operațiunile de prelucrare, interpretare și valorificare a informațiilor obținute prin experiență și învățare, diferențiază esențialul dintre particularitățile obiectelor și fenomenelor, ca și relațiile dintre ele.

Prelucrarea și utilizarea informațiilor se bazează pe legăturile temporare dintre experiența senzorială și cea logică mediată de cuvînt, simboluri sau cheme. Astfel gîndirea poate fi analizată în conținut prin unitățile informaționale despre ceva și în operațiunile sale de ordin logic și gramatical, operațiuni ce se aplică elementelor informaționale.

Operațiunile gîndirii, sau procesele de construcție se realizează prin:

- Abstractizare - proces de selectare a esențialei prin abstractia celorlalte aspecte sau însușiri ale unui obiect sau fenomen.

- Generalizare - efectul de proiectare a trăsăturilor comune și esențiale dintr-un obiect sau fenomen, asupra unei întregi categorii de fenomene și obiecte care întrunesc aceste trăsături.

- Analiza - operațiunea prin care se realizează mental ansamblul unitar și caracteristic al obiectelor și fenomenelor în baza însușirilor esențiale și particulare ale acestora.

- Sinteza - operațiune prin care se realizează mental ansamblul unitar și caracteristic al obiectelor și fenomenelor.

și fenomenelor în baza însușirilor esențiale și particulare ale acestora.

- Comparația - operațiune mentală prin care se stabilesc asemănările și deosebiriile dintre obiectele și fenomenele supuse cunoașterii.

- Anticipația - întrevăderea situațiilor problematice ce vor decurge din utilizarea celorlalte operațiuni ale gândirii.

Prin operațiunile gândirii se pregătește alegerea alternativelor optime din mulțimea celor inițial posibile, alegere ce devine factor acțional asupra unui cadru problematic din realitatea existentă. În același timp operațiunile gândirii sunt susținute de motivații intime legate de particularitățile personalității și ale comportamentului relațional față de ambianță.

Conținutul gândirii, sub raportul unităților informaționale este mediat de cuvânt, simboluri și scheme, constituind în ansamblu conținutul ideativ.

Cuvântul este o fixare simbolică, abstractă și generală care intrunește un potențial informațional, cu rol reglator în ce privește sensul și raporturile dintre fenomenele realității asupra căreia se aplică cunoașterea motivată de acțiune.

Noțiunea, conceptul sau ideea, este indisolubil legată de cuvânt, fără însă a se identifica cu acesta, întrucât o noțiune poate fi exprimată prin diferite cuvinte ale aceleiași limbi.

Noțiunea este proiecția în conștiință a unor experiențe perceptive despre însușirile comune și esențiale ale obiectelor și fenomenelor diferențiate prin cuvânt specific. Formarea noțiunilor aparține dezvoltării social-istorice a omenirii, ele fiind elaborate pe parcursul dezvoltării individuale; preluarea lor mecanică este caracteristică la copii, în stările dementiale și în gândirea discordantă.

În procesul gândirii logice noțiunile sau ideile se asociază în judecăți care exprimă raporturile din-

tre obiectele și fenomenele realității. Numai în acest mod pot fi cunoscute stările sau relațiile existente în realitate, întrucât noțiunile, deși elaborări complexe dețin doar un potențial informativ, ele exprimând experiențele ca și cum ar fi izolate și nu în forma lor funcțională, corelată cu situații reale.

Judecata în raportul pe care-l stabilește între noțiuni anunță un adevăr sau un fals, care se exprimă sub formă de prepozițiune și în cadrul acesteia fenomenul constituie subiectul judecății, iar ceea ce se vorbește despre subiect, este predicatul judecății.

În cunoașterea și descoperirea realității, judecățile existente elaborează noi judecăți, proces al gândirii numit raționament.

Raționamentul se poate dezvolta ca sinteză inductivă, de la enunțul particular la cel general sau ca analiză deductivă de la enunțul general la cel particular.

Ontogeneza gândirii. Dezvoltarea limbajului până la un an face dificilă explorarea gândirii. De la un an de vîrstă, însușirea limbajului și denumirea obiectelor dezvoltă experiențele cognitive, care se exprimă prin nume-frazele întrebări ale copilului. Comunicarea sub formă de întrebări și conversația stabilește legăturile funcționale elementare dintre obiecte sau fenomene, proces înțărit de asemănări, deosebiri și comparații pe care copilul le descoperă și însușește în activitatea ludică, de joc. Ideea este elementară, structura de bază fiind constituită de cuplurile de contiguitate, fonetice sau pragmatice. Deși mediată de cuvânt, gândirea este situativă, elementară, cu elaborare progresivă de la experiențele senzoriale și motorii la cele reflexive, fără capacitate de analiză a situațiilor și de stabilire a raporturilor de cauzalitate.

În a doua copilărie sau etapa preșcolară, capacitatea de a denumi obiectele face posibilă dezvoltarea diferențierii noțiunilor prin analiză, sinteză, abstractizare și generalizare. Rămîne totuși elementară prin judecată concretă, intuitivă și de puternică dominantă

emoțională. Au fost descrise pentru această etapă de vîrstă cîteva particularități ca: egocentrismul, sincretismul sau globalismul judecăților, ilogismul și animismul. Progresiva dezvoltare a gîndirii și a capacității de înțelegere este influențată de calitatea educației și a ambianței.

În perioada școlară, dezvoltarea susținută de procesul instructiv-educativ, perfectează gîndirea prin operațiuni concrete, modalități de calcul rațional, și este stimulată de informații și problematica experiențelor practice, pe care le dezvoltă prin același mod de algoritm. Totodată, de la această etapă se evidențiază înțelegerea ca proces activ de construcție gnozică pe calea judecăților și a raționamentelor.

Gîndirea se desfășoară permanent prin asociații temporare de idei, care pot fi: de continuitate, asemănare, contrast sau cauzalitate.

Tipurile de gîndire se diferențiază în raport de dominanța acestor asociații în: gîndirea asociativ-logică și asociativ-mecanică.

- Gîndirea asociativ-logică se desfășoară prin asociații de conținut și cauzalitate, care se evidențiază printr-o exprimare concisă și directă.

- Gîndirea asociativ-mecanică se realizează prin asociații de contiguitate, asemănare, cu localizări în timp și spațiu, cu folosirea de noțiuni concrete și multiple asociații afective, exprimate prin fraze lungi.

Aceste cunoștințe generale despre procesele gîndirii servesc studiului clinic, pentru identificarea variațiilor lor perturbări, caracteristice asociate modificărilor lor afective și voluntare ce se manifestă în comportamentul unei persoane.

Observația clinică poate identifica următoarele tipuri de tulburări ale gîndirii:

1. tulburări ale ritmului și coheranței gîndirii;
2. tulburări ale conținutului gîndirii;

3. tulburări ale gîndirii în expresia verbală și grafică.

Tulburări ale ritmului și coheranței gîndirii se manifestă sub forma unei desfășurări ideatorii accelerate sau încetinite.

Fuga de idei este simptomul clinic al unui ritm rapid de desfășurare al unor asociații de idei și reprezentări, întâmplătoare și superficiale, care se realizează prin asonanță, rimă și contrast. Simptomul acesta se identifică în cadrul sindroamelor maniacale, excitațiile psiho-motorii din schizofrenie, stadiile inițiale ale paraliziei generale progresive (meningo-encefalită cronică sifilitică), intoxicațiile urgușoare, ca și în stările de suprasolicitare nervoasă.

Mentismul este o altă tulburare a ritmului gîndirii, ce se particularizează prin desfășurarea continuă, intensivă, nestăpînită de către bolnav, a unor asociații de idei și reprezentări. Bolnavul se comportă anxios față de această desfășurare de asociații, continuă și nestăpînită care domină starea sa de conștiință.

Accelerarea gîndirii apare la examenul clinic, de regulă asociată altor stări hipoprosexia, creșterea activității afective și a imaginației, perturbări care se exprimă prin logoree și tensiune psihică globală, denumită tahipsihie.

Asociația de idei se poate desfășura întâmplător, iar exprimarea ei verbală devine neinteligibilă, perturbare denumită incoerență a gîndirii. Într-o formă avansată și gravă, exprimarea devine fără nici-un conținut logic și inteligibil, incoerență denumită salată de cuvinte. În alte situații clinice incoerența se manifestă sub forma de repetare a aceluiași cuvinte sau fraze lipsite de înțeles, simptom care a fost denumit verbigeratie.

Incoerența gîndirii în variatele sale forme clinice se identifică în demențe, schizofrenie, tulburări de conștiință, prin factori toxici, infecțioși sau

traumatici.

Incetinirea ritmului ideativ se manifestă printr-o desfășurare lentă a vorbirii, cu latențe, întârzieri și opriri ale răspunsurilor, care uneori devin incoherente. Lentoarea ideativă și a vorbirii, bradilalie, este expresia unei scăderi generale a capacității de evocare, reprezentare și imaginație, ca și a tonusului emoțional și afectiv, care definesc starea de bradipsihie.

Bradipsihia se constată, ca formă ușoară și pasageră, în stările de suprasolicitare și epuizare, ca și în stadiul de convalescență al unor boli toxicoinfecțioase.

Evoluția severă și durabilă a bradipsihiei se constată în encefalite, boala Parkinson, intoxicațiile exogene, în stările de obnubilare a conștiinței de diferite cauze, ca și în melancolie, unele forme de schizofrenie și oligofrenii. O formă distinctă de bradipsihie se identifică în epilepsie. Ea se manifestă prin perseverența ideatorie, într-o desfășurare lentă, exprimată cu o voce monotonă, cu o mimică facială lipsită de mobilitate, asociată unei lentori generale motorii și gestuale, aspect clinic denumit viscozitate psihică.

Lentoarea ideatorie, mai ales în schizofrenie, se poate accentua până la oprirea cursului de idei, stare care a fost denumită "fading mental". Tot în schizofrenii se poate găsi fenomenul de oprire bruscă a ideatiei și avorbirii, după care se reia cursul gândirii, fenomen denumit "baraj ideativ" și atribuit tulburărilor delirant-halucinatorii ale bolnavului.

Desfășurarea oscilantă a gândirii cu baraje, ambivalență, răspunsuri alături de întrebări, mentism sau soliloquio apare în psihozele reactive, epilepsie, stări confuzionale și psihozele toxice.

Dispariția fluxului ideativ (anideția) are altă semnificație clinică decât barajul ideativ și apare în demențe (dezambulația anideică), în crizele epileptice (automatism ambulator) și în stările comatoase.

Tulburările de conținut ale gândirii sînt variate și analiza lor are o puternică semnificație pentru elaborarea diagnosticului clinic. Astfel se constată în formațiunile evoluția conținutului patologic al gândirii o tendință de progresie, stagnare sau regresie în raport de natura bolii și caracteristicile personalității premorbide ale bolnavului. De aceea analiza lor solicită examinatorului atenție, spirit clinic de observație, răbdare și cunoștințe de semiologie. Sînt necesare în acest sens precizări asupra unor date de semiologie clinică, a căror înțelegere solicită lămurirea noțiunilor de idee dominantă, obsedantă, prevalentă și delirantă.

Ideea dominantă aparține gândirii normale și se impune preferențial și motivat fie prin ineditul ei, fie prin alte condiții susceptibile de a-i acorda o valoare intensivă. Evoluția ei este însă reversibilă și capabilă de comutare logică.

Spre deosebire de aceasta, cînd gândirii i se impune o idee, amintire, interpretare emotivă sub o formă care paralizează desfășurarea cursului ideativ printr-o intensitate obligatorie, constructivă și împotriva propriei sale argumentări, ne aflăm în fața unei stări obsesive. Caracterul parazitar pe care-l recunoaște bolnavul, ca o impunere împotriva argumentării sale critice, definește obsesia. Examinarea clinică intensifică în cadrul tulburărilor complexe ideo-afective ale obsesiilor forme dominante ca idei obsesive, amintiri și reprezentări obsesive, fobii sau obsesii fobice și obsesii impulsive sau acțiuni obsedante.

Ideile obsesive au o desfășurare bifazică de afirmare și imediat de opoziție cu privire la același subiect gândit, care exprimă de fapt ambivalența bolnavului față de alegerea unor soluții posibile.

În amintirile și reprezentările obsesive se impun conștiinței experiențe penibile sau tragice care sînt asociate unei puternice tensiuni afective. Datorită dominației și acestei intensități, ele pot evolua către atitudini care contrazic în mod patologic realitatea.

Fobiile exprimă starea emotivă de respingere și

teamă față de obiecte, fenomene, acțiuni, persoane și situații, stări neargumentate logic sau care contravin acesteia, dar pe care bolnavul nu le poate anula și stăpîni. Starea fobică se referă întotdeauna la un obiect, stare sau situație, spre deosebire de anxietate care înseamnă frica fără obiect.

În raport de obiectul lor, fobiile pot fi:

- de spațiu (hipsofobie - frica de înălțimi, claustrofobia - frica de spațiile închise, agorafobia - frica de spațiile deschise);
- de obiecte (aihmofobia - obiecte ascuțite, hidrofobia - de apă, ca și fobia de cale ferată, avion, tren, vapor, etc.);
- de boală (nosofobia, cu forme de cancerofobie, sifilofobie, rabiofobie, microbofobie);
- de moarte (tanatofobie), de a nu fi îngropat de viu (taferofobie);
- de oameni și aglomerări (antropofobia), de societate (petofobie) sau de singurătate (monofobie);
- de animale (zoofobie).

Starea fobică induce la emoție generală de teamă (pantofobie). Enumerările pot astfel continua, ele au exemplificat prin obiect și denumire doar stările mai frecvent întâlnite într-o examinare clinică.

Obsesiile impulsive sau acțiunile obsedante instituie în comportamentul bolnavului gesturi, acte sau conduite, fără explicație logică și uneori ridicole. De aceea opunîndu-se acestor porniri imperioase, bolnavul le reprimă trăind starea penibilă de teamă față de impulsie, care poartă denumirea de stare compulsivă.

O formă particulară a acțiunilor impulsive sînt ritualurile, fenomene patologice însoțite de anxietate care nu se epuizează decît prin comiterea unor conduite care se succed de regulă stereotip după o explicație care se substituie gîndirii logice. Cu toate acestea desfășurarea lor are loc în prezența simțului critic, deseori bol-

navul le dezaproabă și luptă împotriva acestor stări.

Obsesiile, sau stările anancaste, în toate formele lor clinice se întîlnesc cu precădere în psihaastenii sau nevroza obsesivo-fobică, în psihopatia psihaftenică și de a mai mică intensitate în stările de epuizare și surmenaj. Ele pot fi întîlnite în faza de debut și de regresie a unor psihoze, în melancolie ca și în schizofrenie.

Spre deosebire de particularitățile descrise pentru ideile dominante și pentru stările obsesive-fobice, ideile prevalente dețin semnificația unei destrucțiuni mentale de tipul psihozei. Am văzut astfel contextul și modalitățile de apariție și desfășurare a ideilor dominante și acelor obsesive, în prezența atitudinii critice a bolnavului.

Ideile prevalente se delimitează prin locul sau dominanța lor exagerată în procesul gîndirii, prin potențialul lor de constituire a delirului, fără să aibă în mod inițial un conținut greșit. Astfel, în timp ce evenimentele curente au capacitatea, prin antrenarea unei persoane sau a bolnavului, să atenueze ideile dominante și obsesive, fiind în contradicție cu realitatea, în cazul ideilor prevalente, aceleași evenimente devin argumente care întăresc caracterul patologic al gîndirii, instituind progresiv bolnavului o atitudine de concordanță față de acesta. Prin această concordanță care atestă perturbarea atitudinii critice și a personalității bolnavului, ideile prevalente au un potențial delirant. Trăsăturile lor caracteristice sînt deci: dominanța sau prevalența, neconcordanța față de realitate, concordanța cu atitudinea bolnavului, întărirea prin extindere asupra evenimentelor curente și potențial delirant. Ideile prevalente se identifică cu stările predelirante, în psihozele reactive, epileptice, alcoolism, psihoza maniaco-depresivă.

Orientarea ideilor dominante, obsesive și prevalente poate fi asupra stării viscerale a organismului (atribuindu-i o funcționare patologică care angajează personalitatea bolnavului), stare cunoscută sub denumirea de hipocondrie. Starea hipocondrică, după intensitate și

amplificare poate fi preocupare, obsesie, în care preocuparea se amplifică cu teamă și devine dominantă, idee prevalentă când subordonează gândirea persoanei și idee delirantă când prin interpretarea și transformarea realității se desprinde de aceasta.

Destructurarea patologică a gândirii în forma cea mai severă se constată deci în cazul ideii delirante. Ea se delimitează prin câteva trăsături semiologice caracteristice, ideea delirantă se desfășoară pe fondul unei conștiințe clare și se exprimă clar. Conținutul ei nu corespunde realității printr-o interpretare patologică care o contrazice și o exprimă în mod deformat.

Ideea delirantă enunță o judecată sau raționament eronat asupra realității, care exprimă starea patologică a personalității în multipla sa funcție de relație. Ea domină deci comportamentul în sensul destrukturării lui patologice, este impenetrabilă la argumentarea logică, deși se găsește în flagrantă opoziție cu realitatea.

Ideea delirantă prin convingerea patologică pe care o instituie asupra fărâșii sale valabilități, pierde comunicarea, se rupe de realitate și anulează capacitatea unei atitudini critice față de aceasta. Ideea delirantă se deosebește de eroarea de judecată a unei realități, prin condiția și efectele sale patologice.

În raport de condițiile prin care se constituie ideile delirante și tabloul clinic în care evoluează, pot avea un conținut verosimil (paranoia) sau neverosimil, abstract, absurd (paralizie generală progresivă și demență), fantastic (parafrenie) sau confabulator (psihoze toxice, infecțioase, traumatiche). Totodată, în raport de gradul de dezvoltare mentală premorbidă al unei persoane și destrutturarea pe care o instituie, ele pot fi fragmentare, polimorfe, nesistematizate sau sistematizate până la o aparență logică.

Problematika medicală a delirurilor cuprinde aspecte, care au fost diferențiate din punct de vedere didactic, pentru mai buna lor cunoaștere, în analiza ideilor delirante din semiologia gândirii și analiza stărilor delirante din semiologia conștiinței.

Deși aceste aspecte nu pot fi despărțite în realitatea clinică este posibil să le clasăm separat, în studiul didactic asupra proceselor psihice.

Ideile delirante se clasifică după conținutul lor în:

1) Idei delirante expansive:

- Idei de mărire și bogăție care se referă la capacitățile proprii persoanei sau la posesiunea acestora. Ele se pot exprima spontan și absurd fără intensitatea convingerii altor persoane ca în paralizia generală progresivă și manie. Alteori, mai ales când privesc convingerea bolnavului asupra propriilor sale calități se pot exprima ferm pentru a convinge și pe alții, așa cum se întâmplă în forma paranoidă a schizofreniei și în paranoia.

- Idei delirante de reformă, cu referire la diferite domenii: morală, estetică, religie, politică.

- Idei delirante de filiație privind descendența din familii cunoscute prin importanța lor.

- Idei erotomanice privind relația afectivă a bolnavului față de o persoană, de obicei inabordabilă prin diferența de statut social și culturală.

2) Idei delirante depressive:

- Idei de persecuție și de relație, având un conținut de urmărire sau complotare la adresa bolnavului.

- Idei de revendicare, prin convingerea unor permanente nedreptăți și frustrații.

- Idei de gelozie, cu suspicionarea patologică a intențiilor, gesturilor și a atitudinilor unui partener.

- Idei de vinovăție și autoacuzare, în care se atribuie propriei persoane răspunderea unor greșeli, eșecuri, suferințe provocate altora.

- Idei hipocondrice, care conferă convingerea patologică despre suferință, boli și evoluție dramatică cu sfârșit letal.

- Idei de transformare și posesiune, cu privire la convingerea unor schimbări fizice, parțiale sau totale, în alte persoane sau animale, întâlnite în schizofrenia paranoică sau stadiile demențiale ale evoluției unor boli.

- Idei de negație, care contrazic flagrant realitatea unor proprii organe sau funcții vitale, cu convingerea unor culpabilități și suferințe imortale. Aceste caracteristici de tensiune afectivă și conținut de idei, absurd de negație, enormitate și imortalitate sînt reunite în sindromul Cotard, întâlnit în melancolia delirantă, demențe de diverse origini și mai rar în stările confuzionale de origine infecțioasă.

3) Ideile delirante mixte, denumite astfel prin tensiunea afectivă în care evoluează interpretarea și analitismul excesiv al acțiunilor, atitudinilor, intențiilor atribuite unor persoane din ambianța sau propriile stări ale bolnavului, interpretare dominată de egocentrism.

Datorită tensiunii afective depresiv-anxioase în care evoluează ideile delirante mixte, au mai fost incluse în această categorie și ideile de influență, ideile metafizice și delirul rezidual (ideea delirantă care persistă după stingerea celorlalte simptome ale psihozei).

Explicațiile privind formarea și evoluția delirului constituie spațiul deschis pentru cercetarea proceselor psihice. În cadrul acestor explicații, concepțiile psihogenetice insistă asupra personalității, atitudinii și experiențelor sale primare (halucinatorii) care perturbă referința unor semnificații (tulburarea timpului trăit) și construiesc relații anormale.

Psihanaliza folosește ca explicație, conflictul dintre sine și realitate, care deschide mecanismele protective constituite în formele delirului. Structura delirului este în funcție de stadiul de regresie (sadico-anală în paranoia, orală în schizofrenie).

Concepțiile organogenetice, biologice și dinamice, în unele explicații, atribuie dezechilibrului ideo-afectiv capacitatea de dezvoltare a unei percepții sau intuiții delirante sau (în teoriile organodinamice) le consideră

processe determinate ale disoluției psihice.

Toate aceste ipoteze care decurg din observație și analiză clinică, nu dispun încă de suficiente informații probante asupra patogeniei perturbărilor din bolile psihice.

Ideile delirante sînt grupate, în asociație cu alte tulburări psihice, în trei tipuri principale și anume: sindroame paranoice, parafrenice și paranoice.

Modele de studiu experimental prin psihedelice, ca și constatările clinice din suferințele cerebrale toxice, infecțioase, anoxice sau de stress, sugerează participarea unor mecanisme de proiecție corticală și subcorticală.

Pavlovismul acordă o explicație în acest sens prin existența focarelor de excitație inertă însoțite de zone de inhibiție în stare de excitație ultraparadoxală instalată prin inducția negativă a focarului de excitație. Această inducție negativă inhibă focarele din scoarță prin intermediul cărora s-ar putea corecta conținutul delirant. La bolnavii deliranți inhibiția din faza ultraparadoxală inversează sensul relațiilor inhibitorii, astfel în loc de proiecția normală apare contrariul.

TULBURĂRILE EXPRESIEI VERBALE ȘI GRAFICE ALE

GÎNDIRII

Comunicarea între oameni se realizează prin limbaj, ca expresie tipică umană a gândirii verbale și noționale. Limbajul are un caracter și expresivitate individuală, este o concretizare a limbii, produs de evoluțiile social-istorice, care se păstrează și transmit, noțiuni, concepte și experiențe umane.

Tulburările de limbaj se clasifică în:

1) Dislogii - modificări de formă și conținut al gândirii fără modificări ale funcției limbajului și aparatului logomotor.

2) Disfazii - tulburări de înțelegere și exprimare ale limbajului vorbit și scris, prin leziuni cerebrale de focar unilaterale.

3) Dislalii- tulburări de pronunțare prin modificări logomotorii.

1) Dislogiile se clasifică în: a) tulburări privind forma activității verbale și b) tulburări ale conținutului lingvistic și semantic.

a) Tulburările privind forma activității verbale se referă la intensitatea și timbrul activității verbale, care sînt modificate caracteristic în contextul nodurilor normalității, ca și în întreaga patologie mentală. Astfel este tipică tonalitatea înaltă și intensitatea slabă, joasă, șoptită, în depresie, psihastenie, melancolie. Vocea exprimă în același timp tensiunea afectivă, panica, anxietatea și redă dezorientarea și lipsa de coerență din situațiile dificile sau stări psihopatologice.

- Hiperexcitabilitatea verbală simplă sau bavardajul, poate caracteriza unele persoane în limita normalității, dar se întâlnește o veritabilă accelerare a ritmului vorbirii cunoscute sub denumirea de tahifemie sau o creștere anormală a ritmului și debitului denumită logoree în intoxicațiile alcoolice, excitațiile maniacale.

- Hipoactivitatea verbală poate fi expresia unei stări de inhibiție de tip comportamental sau psiho-reactiv și apare ca o vorbire eliptică și monotonă, denumită bradifemie.

- Mutismul este o dispariție sau o intensă scădere a activității verbale, de importantă semnificație pentru analiza clinică. Este întâlnit în neurologie prin suferința lezională a corpului calos și al mutismului akinetic (bolnav inert dar care urmărește cu privirea). În psihia - trie mutismul semnifică anularea comunicării (cu păstrarea motricității) în diferite grade: mutism absolut (schizofrenie catatonică), mutism relativ (bolnavul comunică prin mimică și scris), mutism discontinuu (stări delirante), mutism selectiv (se adresează anumitor persoane).

Se aseamănă cu mutismul unele tulburări de formă ale vorbirii cum sînt: mutitatea (leziuni în zona corticală a limbajului), mutitatea (vorbirea șoptită, în

schizofrenie), mutacismul (mutismul deliberat, ca reacție de protest). Afemia (anartria) este un mutism întrerupt de fenomene care exprimă starea de satisfacție sau nemulțumire a bolnavilor afazici prin leziuni corticale.

- Ritmul vorbirii poate fi incoherent cînd exprimă același proces al gândirii, poate fi întrerupt, fenomen denumit blocaj verbal, sau se poate desfășura prin repetări denumite stereotipie verbală.

- Repetarea cu persuasiune a unor cuvinte sau expresii, în stări emotive sau sindroame afective poartă denumirea de onomatomanie, după cum repetarea involuntară, cunoscută sub denumirea de palilalie, poate apărea în cursul unui ritm rapid, dar și în leziunile striate și dementiale atipice Pick și Alzheimer.

La examinarea clinică putem constata îndeosebi la bolnavi schizofrenici, în demente și în formele grave de oligofrenie, repetarea cuvintelor auzite, simptom denumit ecolalie și care se asociază cu ecomimia și ecopraxia, sau imitarea mimicii și a gesturilor unui interlocutor.

P.E.M.A. este un sindrom care reunește prin aceste inițiale, palilalia, ecolalia, mutismul și amimia din stările dementiale și boala lui Pick.

În dementele și oligofreniile grave, simptomul de incoerență a vorbirii pînă la destrucționarea ei gravă semantică, exprimată doar printr-o sonorizare mecanică, a fost denumită psitacism.

b) Tulburările conținutului semantic și lingvistic (tulburări de conținut ale limbajului) privesc alterarea sensului cuvintelor și sînt expresia unei gândiri dislocate în unitatea funcționării sale, rupte de realitate, delirante, cu deteriorarea în ansamblu a funcțiilor de cunoaștere.

- Cuvintele limbajului pot suferi diferite modificări, astfel pot fi trunchiate, fuzionate formate printr-o inversare a fenomenelor, sau utilizate într-o formă neobișnuită și acceptată numai de persoana bolnavă. Aceleași modificări apar și în construcția frazelor. La schizofreni se constată frecvența utilizării a neologismelor

cu tendința unor precizări (neologisme active) sau crearea unor cuvinte noi prin asonanță, contaminare sau fuzionare și care apar întâmplător și fără o semnificație precizată (neologisme pasive).

- Glosolalia este un alt simptom care denumște transformarea vorbirii bolnavului în funcția și sensul său, prin frecvența utilizare a neologismelor și exprimarea unor accente improprii sau asemănătoare unor limbi străine, care în final acordă impresia vorbirii în jargon, motiv pentru care acest simptom a mai fost denumit jargonofazie.

- Construcția frazei, în stările confuzive și de excitație maniacală, este redusă formal la utilizarea doar a verbului și substantivului, fără articol, prepoziție sau conjuncție, asemănător intrucitva stilului telegrafic, simptom denumit agramatism.

- Paragramatismul este un alt simptom, când fraza deși are o schemă corectă cuprinde expresii bizare și neoformații verbale care o deosebesc de vorbirea curentă și gramaticală.

- Embololalia sau embolofrazia denumește simptomul unei vorbiri în fraze în care se introduc cuvinte străine, desprinse de sensul acesteia.

Toate simptomele menționate perturbă conținutul semantic al vorbirii și o transformă într-o simbolizare, care exprimă un același proces de perturbare a gândirii, cu pierderea legăturii logice, a legăturii dintre semnificat și semnificant. Tulburările de conținut semantic au o progresie care este identică cu deteriorarea psihopatologică. Astfel, un cuvânt, de obicei o noțiune abstractă, trece printr-un proces de creștere, de expansiune, în globând alte sensuri apropiate și apoi îndepărtate, formând prin paralogie și neologisme o distorsiune în sensul comunicării care devine neînțeleasă. Interpunerea în fraza exprimată a unor cuvinte noi sau eliminarea altora realizează o disoluție semantică. Simptom întâlnit în schizofrenie, prin care limbaajul pierde funcția sa de comuni-

care și exprimă în contextul perturbării întregului proces de cunoaștere, alienarea sau înstrăinarea bolnavului de circuitul comunicării interumane.

2) Disfaziile sînt tulburări de înțelegere și exprimare ale limbaajului vorbit și scris, prin leziuni cerebrale (afazii). Ele se diferențiază în examenul clinic de nedezvoltarea proceselor de cunoaștere, demența și psihoze și pot fi înțelinite sub următoarele aspecte:

- Surditate verbală, sau neînțelegere, de grad variată a cuvîntului vorbit.

- Intoxicatie verbală - bolnavul repetă răspunsul primei întrebări și la următoarea.

- Amnezia verbală - uitarea unor cuvinte sau a vocabularului în întregime.

- Alexia sau cecitatea verbală - este neînțelegerea limbaajului scris.

Cunoașterea acestor simptome amintite și care apar în hemoragii, ramolisme, tumori, abcese sau traumatisme cerebrale ajută la stabilirea diagnosticului clinic.

3) Dislaliile sînt tulburări de pronunțare prin modificări logomotorii. Ele pot fi dislalii de sunet, de silabă, de cuvînt, după dificultatea pronunțării uneia din acestea. De studiul și corecția lor se ocupă în mod special logopedia.

- Rotacismul este dislalia pentru R, prin imposibilitatea vibrării limbii și a vălului palatin.

- Sigmatismul (sisifiala) este defectul de pronunție a sunetelor Y, S, Z și a combinațiilor PS, KS, TS, prin anomalii dentare, prognatism și prognatism.

- Rinolalia este dislalia nazală prin paralizie a vălului palatin sau polipi nazali.

- Balbismul (bîlbîiala) este o tulburare de articulație asociată cu tonii și clonii ale musculaturii fonatorii și respiratorii. Balbismul clonic este de obicei repetarea unei silabe de la începutul cuvîntului, iar balbismul

tonic este rezistența la pronunția unui cuvânt, care fiind depășită provoacă o expulzare bruscă. De obicei balbismul se constată într-o formă mixtă tonico-clonică.

Dislaliile se agravează în stările emoționale și întrețin jena și frustrarea persoanelor cu aceste simptome.

Tulburările limbajului scris exprimă în general pe cele ale limbajului vorbit, avînd caracteristici proprii. Limbajul oral deține o dispunere temporală a fenomenelor, iar cel scris are o dispoziție spațială și o solicitare mai amplă de cîmp senzorial audiomotor și vizual.

Limbajul scris este caracterizat printr-o formă oarecum inclusă în comunicare (fără participarea interlocutorului) asemănătoare monologului, de aceea este mai explicit și riguros. Limbajul vorbit este adresativ, cu numeroase intervenții de referință, care-i oferă expresivitate. Lipsit de acestea, limbajul scris este contextual, înțelesurile sale decurg din construcția frazei, corectitudinea lexicului și forma stilului.

Cu aceste caracteristici, tulburările limbajului scris corespund celor din limbajul vorbit, astfel dialogiilor le corespund tulburările psihografice, disfaziilor cele disgrafice, iar dislaliilor cele caligrafice.

Tulburările psihografice se clasifică în tulburări ale activității grafice, tulburări ale morfologiei grafice, tulburări ale semanticii grafice.

Tulburările activității grafice sînt:

- Hipoactivitatea grafică pînă la refuzul ei, întâlnită în negativismul schizofreniilor. Negativismul poate fi dissociat, astfel, bolnavul refuză comunicarea orală dar o acceptă pe cea grafică.

- Hiperactivitatea grafică pînă la grafomania poate fi și ea într-o formă dissociată, la schizofreni și paranoici, cînd scriu fără să termine, un număr enorm de pagini.

- Grafomania este predilecția pentru exprimare

grafică îndeosebi la overulanți și procesomani care redactează scrisori, reclamații și proteste.

- Incoherența grafică care exprimă incoherența gândirii.

- Stereotipia grafică este repetarea unor cuvinte sau fraze, scrierea fiecărui cuvînt sau alineat cu majuscule.

Tulburările de morfologie grafică privesc forma, caracterele și dispunerea literelor și a cuvintelor scrise. Astfel, în stările de excitație maniacală scrisul este mare, cu dispunerea amplă și orientare ascendentă și cu totul opus acestor caractere în stările depresive.

În schizofrenie se întrunesc modificări de mare complexitate caracterizate prin scris de aspectul imprimat, cu majuscule, arabescuri și ghirlande inegalități, suprapuneri, emisiuni de litere și cuvinte. În demențe scrisul este degradat, necitetic, aspect care a fost denumit de grifonaj.

O formă deosebită prin scrisul în oglindă de la dreapta la stînga este întâlnit în tulburările de percepție spațială și la schizofreni.

Tulburări ale semanticii grafice se referă în special la paragrafisme care sînt substituții, transpoziții, sau omisiuni de cuvinte sau litere, întâlnite în scrisul schizofrenilor și deliranților.

Semiologia gândirii este ilustrată într-o varietate mare de simptome. Cunoscută și identificată în cursul examinării clinice, aceste simptome sînt indisolubil legate de elaborarea diagnosticului.

Tulburările de gândire mai pot fi exprimate într-o formă globală de sărăcie ideatorie, cu absența capacității de abstractizare și sesizare a absurdului în oligofrenii, a căror grade exprimă și gravitatea nedevelopării mentale.

La fel, pierderea, prin regresiiune globală sau parțială a personalității, în mod parțial sau în totalitate, a cunoștințelor și înțelegerii experiențelor trăite

sau prezente, caracterizează demențele.

Cercetarea proceselor de gândire se face prin examinarea clinică curentă a bolnavului, prin probele de sesizare a absurdului, comparație, generalizare, analiză semiologică a producției psihografice, a scrisului și a limbajului vorbit. În mod detaliat se operează prin probe experimentale și teste psihologice.

SEMILOGIA PROCESELOR MOTIVATIONALE SI

APECTIVE

Studiul clinic al proceselor psihice cuprinde pe parcursul examinării unei persoane și explorarea proceselor afective. Nu trebuie însă omisă unitatea indisolubilă a funcțiilor psihice în cursul activității unei persoane, unitate care se realizează printr-un comportament caracteristic fiecărei situații trăite, cu consecvența și particularitățile individuale ale acelei persoane.

Comportamentul unei persoane în multiplele sale relații cu ambianța pune în evidență o relație de comunicare și o funcție de selecție și evaluare asupra informației și noului din experiența trăită.

APECTIVITATEA în ansamblul proceselor sale, exprimă astfel modalitățile trăirii subiective față de sine și de ambianță, modalități ce se transpun în reacții, stări și atitudini afective ale personalității. Reacțiile afective se referă la ceea ce obișnuit numim emoții (frica, bucuria, tristețea), stările afective, la sentimente (plăcere-neplăcere, gelozie, remușcare), iar atitudinile afective cuprind sentimentele care presupun anticipație și durată dincolo de acțiunea stimulilor afectogeni.

Fenomenele afective se caracterizează prin durată, intensitatea, polaritatea, conținutul și forța lor, ca și prin mobilitate și raportul motivațional.

Procesele afective în ierarhizarea lor, de la modalități primare până la elaborările de mare complexitate conferă comportamentului uman trăsături caracteristice prin motivațiile care le direcționează.

MOTIVATIA este factorul intern care contribuie la orientarea comportamentului prin trebuințe, impulsii,

tendințe și în mod specific la om prin elaborarea scopului, ca obiect anticipat al acțiunii.

Studiul motivației caută să explice și să cunoască mobilurile interne ale comportamentului, ierarhizarea lor prin interrelația umană, în procesul comunicării și sub influența vieții sociale. Astfel motivația superioară ordonează scopurile personale cu cele generale, iar atitudinea față de normativitatea etică și moral-socială influențează dominant celelalte impulsuri și nevoi.

În cursul îmbolnăvirilor psihice, dezorganizarea personalității poate fi în mod specific exprimată prin predominanța unei motivații primare, perturbate în ierarhizarea ei sau prin constituirea unor motivații patologice. Motivația nu poate fi izolată de toate celelalte procese psihice, cunoașterea, afectivitatea și voința.

Studiul motivației ne permite a înțelege de ce persoanele aflate într-o situație similară aleg una sau alta din căile de rezolvare ale acesteia, în raport de factorii motivaționali ce orientează opțiunea. Motivația exercită funcțiile de direcționare a comportamentului anticipativ, după cum perturbarea unor motivații orientează comportamentul aberant. Motivația realizează selecția comportamentului adecvat la o anumită situație, acordând prin aceasta un caracter selectiv conduitelor umane, iar varietatea motivațiilor explică și varietatea reacțiilor, conduitelor și atitudinilor comportamentale.

Motivația cuprinde un ansamblu de mobiluri interne, ereditare sau dobândite ontogenetic, de la trebuințe elementare biologice (foame, sete, apetență sexuală), la cele ierarhizate, de mare complexitate, prin dezvoltare social-istorică și culturală, cum sînt spiritul de competiție, afirmare, idealurile, valorile morale. În ontogeneza personalității, motivațiile biologice, rigide, sînt înglobate și substituite de cele social-culturale, care subiectivate în atitudini, direcționează comportamentul în raport de soluțiile posibile, către discriminarea a ceea ce este permis sau nepermis, adecvat sau neadecvat unei situații date.

Motivația apare astfel ca un sistem de răspîndire

a comportamentului, intermediar între un stimul biologic sau de semnificație psihosocială și un răspuns constituit în actul comportamental. Sub acest aspect, motivația creează un câmp de forțe între o persoană și obiectul comportamentului ei, explicînd diversitatea modalităților sale de a reacționa la stimuli, de la apropiere și înglobare a reacției în stimul, pînă la evitarea lui în diverse grade de intensitate sau într-un mod disproporționat. Înțelegerea motivațiilor psihopatologice nu se poate face fără cunoașterea psihologiei conflictelor.

CONFLICTUL face parte din trăirile umane firești și este frecvent, iar soluționarea sa în condițiile normale se face într-o formă acceptabilă normativității socio-culturale.

Conflictul intraindividual se dezvoltă în câmpul conștiinței cînd apar grupe de forțe contrarii, de exigențe contrarii, de formulări motivaționale diferite, care se exprimă într-o formă psihologică de tensiune obiectivă cu sine însăși. În mod obișnuit aceste conflicte nu alterează personalitatea și în semnificația lor formativă dau comportamentului trăsăturile caracteristice ale personalității.

Dacă conflictul exprimă un obstacol rezultat din competiția unor motivații diferite, frustrarea exprimă de obicei un obstacol în calea unor motivații puternice prin care se realizează și puternica tensiune afectivă ce poate perturba, în situații particulare, evoluția relațiilor interpersonale și comportamentul unei persoane.

Intensitatea unui conflict intraindividual rezultă dintr-un gradient psihologic de apropiere-apropiere, evitare-evitare, apropiere-evitare.

Dacă conflictele sînt inerente în dezvoltarea unei persoane, gravitatea lor se referă la structura personalității, nivelul de conștientizare a motivațiilor, de experiență în viață sau de situațiile ambianței, care pot facilita sau agrava conflictele motivaționale.

Frustrarea deține însă un potențial psihopatologic, astfel, agresivitatea apare în lipsa capacității de a

depăși sau ocoli un obstacol sau când reprimarea lui se sumează în acte consumate. Orice frustrare a unora dintre motivațiile umane care întrețin tonusul afectiv, relațiile sintone cu semenii, sentimentele de securitate, deviază în anxietate și lipsa unor sentimente de proprie siguranță, care instituie comportamente deviate sau aberante, fixate regresiv sau agresiv.

Ori de câte ori trebuințele, nevoile, interesele sau scopurile întâmpină situații care le implică desfășurarea sau dimpotrivă, le oferă opțiuni de manifestare, apar trăiri subiective a căror proiecție se constituie în modalitățile sau procesele afective.

PROCESELE AFFECTIVE sînt de o mare diversitate și complexitate în ce privește motivația, elaborarea și formele lor de manifestare putînd fi clasificate în stări elementare, emoții, dispoziții, sentimente și pasiuni.

Viața afectivă nu poate fi analizată fără motivația sa primară, înăscută, elementară și reprezentată prin instincte.

INSTINCTELE sînt reflexe înăscute (absolute sau necondiționate), complexe, cu semnificație biologică și vitală bine precizate cum sînt: orientarea alimentară, apărarea, reproducerea - sub aspect sexual și matern - ca și sociabilitatea în caracteristica sa protectivă și elementară.

În stare de normalitate, instinctele umane sînt controlate și exprimă tendințe instinctuale supuse discriminării conștiinței. Ele pot fi grav perturbate în cursul îmbolnăvirilor psihice prin scăderea capacității de a le inhiba sau invers, prin lipsa lor de manifestare. Aceste perturbări se referă la viața instinctuală în ansamblu personalității, așa cum se întâmplă în situațiile de impulsivitate, care poate fi primară (la oligofreni, epileptici) sau poate fi urmarea unei halucinații sau a unor deliruri. La fel, perturbarea instinctuală se poate manifesta în situația unor disfuncții viscero-metabolice, boli psihice sau comportamente aberante față de ambianță. În acest context, perturbarea instinctului de alimentare

nutriție se poate manifesta sub forma de:

- bulimie - exagerare a nevoii de hrană din leziuni cerebrale, tumori diencefalice, pancreatice, diabet, hipertiroidie;

- polifagie - ingerarea nediscriminativă de alimente sau obiecte necomestibile din demențe, oligofrenie, în unele forme de schizofrenie;

- anorexie - scăderea apetenței pentru alimentație în depresii endogene ca și în stările depresive psihoreactive;

- sitiofobie - refuzul alimentației printr-o motivație patologică halucinatorie (auditivă, gustativă, olfactivă) sau delirantă halucinatorie (de otrăvire, autoacuzare, negație) din melancolia delirantă și schizofrenie.

Perturbarea instinctului de apărare se poate manifesta sub forma exagerării de autoconservare, heteroagresivitate și autoagresivitate (automutilare și sinucidere).

Perturbarea instinctului sexual și de reproducere se poate manifesta sub forma unei activități exagerate (ninfomanie la femei și satiriazis la bărbați), scăzute (impotențe sexuale) sau deviate (homosexualitate, pedofilie, sadism, masochism, fetișism, bestialitate, necrofilie).

În reacțiile de comportament, impulsurile se deosebesc de tendințele instinctuale prin lipsa lor de finalitate biologică, în ce privește scopul. Dintre impulsurile primare cu semnificație pentru examinarea clinică amintim: piromania - impulsunea de a incendia; dromomania - impulsunea de a-și schimba locul existenței; cleptomania - impulsunea de a-și însuși obiecte deseori de mică valoare sau inutile; dipsomania - impulsunea nestăpinită și periodică pentru consumul băuturilor alcoolice.

Deinhibarea vieții instinctive este caracteristică în psihopatii prin nedezvoltarea sau perversitatea sentimentelor moral-sociale, după cum poate să apară la vîrstă înaintată prin manifestări de agresivitate și delikte sexuale sau în cursul psihozelor și al demențelor, prin destructurarea personalității și a conștiinței discriminative

asupra comportamentului.

Scăderea sau inhibarea tendințelor instinctive se constată în stările depresive, psihoze toxice, demențe și schizofrenii. Pervertirea instinctelor a fost deja amintită, sub forma devierilor privind obiectul sau scopul instinctului de reproducere, a instinctului alimentar sau de apărare.

În cadrul proceselor afective, examinarea semiologică a comportamentului unei persoane analizează starea sa emoțională.

EMOȚIILE constituie modalități firești ale trăirilor subiective primare. Ele dispun de un sistem motivațional mai complex, deși în conținutul lor predomină reacțiile necondiționate legate de activitatea regiunilor subcorticeale. Emoțiile exprimă însă raportul subiectiv față de ambianță, au un caracter obiectual, de referință la o persoană, situație sau fenomen, sînt situative și se manifestă ca o tensiune afectivă bruscă, față de obiect și situație. Se clasifică în pasive sau active, după cum se desfășoară prin expresivitatea lor reținută, detașată de stimuli, evidențiabile în acțiunea situativă. Ele au mai fost descrise în pozitive, ca plăcerea, bucuria și negative ca tristețea, frica, deci după modul în care se proiectează subiectiv satisfacerea unor nevoi și trebuințe. Tot odată după tonalitatea lor sau capacitatea de mobilizare și activare a sistemului psihic au fost clasificate în stenice și astenice.

Variatatea și modularea emoțiilor, ca și expresivitatea și gradul de intensitate, ilustrează comportamentul în diferitele sindroame și boli psihice. Astfel, stările de hiperemotivitate apar la nevrotici și se evidențiază în-deosebi în sindroamele și psihozele afective.

Hipotâmia și pervertirea emoțională este prezentă în unele forme de psihopatii, schizofrenie și demențe.

Starea emoțională se poate exprima printr-o izbucnire de scurtă durată, dar cu puternică tensiune afectivă, situație denumită stare de efect, diferită ca înțeles de noțiunea generală de afectivitate.

Stările de afect, prin caracterul exploziv al emoției ce depășește pragul optim de excitație corticală, produc strîmtorarea conștiinței cu dezinhibiție instinctuală și tulburări neurovegetative (tahicardie, oscilații tensionale, paloarea sau congestia feței) exprimate prin modificări mimice și pantomimice. Exemplificarea acestor stări de afect o constituie frica pînă la blocarea conștiinței discriminative în melancolia anxioasă, bucuria pînă la agitație psihomotorie în stările maniacale, ura pînă la distructivitate omucidară în psihozele epileptice, toxice, delirant-halucinatorii și paranoide.

În examinarea stărilor afective alături de aspectele elementare, explorăm dispoziția, ca stare de durată cu semnificație clinică pentru diagnosticul stării de boală.

DISPOZIȚIA se caracterizează ca stare afectivă difuză, în general de durată, care exprimă starea de funcționalitate a organismului prin fluxul stimulărilor extero-, proprio- și interoceptive și a semnificațiilor din ambianță.

Ea este influențată de gradul de ambianță, de stări subiective precedente, cît și de fluxul stimulilor subliminari și insuficient conștientizați. Dezvoltarea și vîrsta, educația și influențele socio-culturale, particularitățile personalității influențează dispoziția și dau semnificații speciale diferiților stimuli situaționali.

Variațiile dispoziției în situații psihologice diferite sau dificile, ca și în psihopatologie, pot deveni stagnante, excesive ca intensități, oscilante sau denaturate. Prin aceste schimbări difuze și generale se schimbă în mod caracteristic toate reacțiile și trăirile afective, ca și adaptabilitatea comportamentului.

Trăirea excesivă și plăcută, ca dispoziție cu fond euforic apare în psihozele maniacale, extazul mis-

tic al epilepticilor, psihozele delirante ca și în cursul satisfacerii toxicomaneice.

Dispoziția penibilă, de disconfort, oboseală și indispoziție apare în nevroze, se agravează prin anxietate, în melancolie sau stările delirant-halucinatorii cu temă de vinovăție.

Examinarea semiologică a proceselor motivaționale și afective se referă în afara explorării stărilor afective elementare, situative, obiectuale, în general puțin durabile și înscrise într-un fond general de tonalitate afectivă, și la trăirile care exprimă realități mai complexe și de semnificație mai amplă pentru comportamentul selectiv și decidual al unei persoane.

SENTIMENTELE sub acest aspect sînt trăiri emoționale cu un înalt grad de complexitate, care realizează relații mai stabile dintre persoană (copersonalitate) și ambianță sau condiția sa de existență. Sentimentele presupun existența unor serii de reprezentări și deprinderi, care pot fi activate nu numai prin percepția directă, dar și prin o mulțime de semnificații socio-culturale și istorice caracteristice unei personalități. Prin aceasta conținutul sentimentelor este ideo-afectiv și exprimă o relație complexă, durabilă, față de propria persoană și funcția sa, față de mediu și ambianță. Într-o formă superioară, acest conținut se exprimă în sentimentele de altruism și prietenie, sentimente etice, estetice, patriotice, de respect față de adevăr și oameni.

În bolile psihice, sentimentele sînt perturbate, Astfel, la nevrotici identificăm sentimentul egofob, de inferioritate sau de nesatisfacție, cu preocupare neliniștită asupra propriei sale stări de sănătate; la psihopați egofilia; la alcoolici gelozia și asociabilitatea; la schizofreni înstrăinarea afectivă față de familie și cei apropiați, iar la deliranți o auto-apreciere ambițioasă.

PASIUNILE se deosebesc de sentimente prin intensitatea trăirii afective, gradul de stabilitate și forța de angajare a personalității. Ele mobilizează întregul comportament către acțiune, fiind un puternic impuls către acțiune.

În contextul personalității și conținutului pozitiv sau negativ al sentimentelor, pasiunile direcționează comportamentul către forme utile, aberante sau patologice de acțiune. Totodată într-o dominanță excesivă a sentimentelor, dezvoltarea pasiunilor instituie o limitare a discriminării pe planul conștiinței.

În psihopatologie se evidențiază pasiunile stagnante ale paranoicilor, cu structurarea unor tematici delirante social-politice, mistico-cosmogonice, erotice, de posesiune, de invenție, ca și dependențele pasionale ale toxicomanilor.

Modalitățile trăirilor afective se realizează în interacțiunea cu procesele psihice din ansamblul personalității, printr-o autoreglare și reciprocă condiționare care formulează ordonatele normalității și suferă perturbări caracteristice fiecărei modalități de îmbolnăvire psihică.

TULBURARILE DE AFECTIVITATE - așa cum am văzut, pot fi apreciate prin durată, intensitate, polaritatea, conținutul, forța, mobilitatea și raportul motivațional al stărilor afective.

În analiza clinică, le apreciem sub aspectul perturbărilor cantitative: hipertimie, hipotimie, cât și sub aspectul calitativ: paratimie.

Tulburările cantitative ale afectivității:

Hipotimia este scăderea de intensitate diferită a tensiunii afective care se exprimă prin reducerea miimei și a reactivității comportamentale la oligofreni, deteriorarea funcțiilor de cunoaștere după traumatisme cranio-cerebrale, stări confuzive. Ea nu poate fi confundată cu depresia, caracterizată tocmai prin tensiune

afectivă.

Atimia, apatia sau athymhormia este indiferentismul afectiv; se caracterizează printr-o gravă diminuare afectivă și a rezonanței emotive față de ambianță cu inexpresivitatea mimicii și a gestualității. Se identifică în oligofrenii severe, demențe, catatonie schizofrenă.

Hipertimia este o puternică tensiune afectivă a cărei polaritate poate fi în forma depresiei sau euforiei.

Depresia sau hipertimia negativă se caracterizează prin sentimentul durerii morale, inutilității și devalorizării, cu ideatie lentă și tristă în conținut, inhibiție și neliniște motorie, mimică, ținută și gestualitate concordantă fondului dureros al stării afective (frunte încrăcită în omega, comisurile bucale coborâte, căderea pasivă a brațelor cu mobilizare lentă în expresia desneajdei). Frecvența mare a stărilor depresive se diferențiază caracteristic în nevroze, suferințe somatice trenante și psihoza maniaco-depresivă, după cum se deosebește de psihoreacția normală, de regulă cu epuizare în durată, prin eșec, decepții sau situații de doliu.

Anestezia psihică dureroasă este durerea morală a bolnavului față de incapacitatea unei rezonanțe afective. Bolnavul suferă întrucât în epuizarea sa nu mai poate suferi și proiecta afectiv relațiile ambientale. Se întâlnește în formele de lungă durată ale depresiei, în depersonalizarea și derealizarea debutului și remisiei în schizofrenie.

Anxietatea este teama fără obiect și se manifestă prin neliniște sau agitație psihomotorie, tulburări neurovegetative, iar când se asociază unor disfuncții organice (constricție laringiană, dureri precordiale), poartă denumirea de angoasă. Anxietatea poate fi identificată în situații existențiale dificile, desprinsă de un anume fapt concret, cu referință generală și proiecție în viitor.

În aceste stări, care constituie demodulări psihoreactive, poate să nu dețină o semnificație psihopatologică, dar când prin caracterul motivației, intensitate și

durată dezorganizează randamentul comportamental și personalitatea; are o factură clinică manifestă în melancolia anxioasă, stările de sevraj ale toxicomanilor, evoluția psihotică a unor discriminii.

Euforia sau hipertimia pozitivă este o stare afectivă generală, care se transmite ambianței de excesivă veselie, plenitudine și exaltare însoțită de fugă de idei, logoree, expansivitate psihomotorie, hipertimie, supraestimare și exacerbare instinctuală. În forma frustră, și trecătoare poate fi situațională, de suprasolicitare sau în debutul intoxicațiilor exogene. În forma autentică și patologică apare în psihoza maniaco-depresivă, ca și în sindroamele maniacale din PGP, demențe, oligofrenii.

Disforia este o tulburare afectivă caracterizată prin depresie, anxietate și disconfort general, asociate cu logoree, excitabilitate generală, impulsivă și coleroasă. Se identifică în abstinanța toxicomanică, epilepsia intercritică, encefalopatii traumatice și toxice.

Toate perturbările afective, de la starea de disconfort și depresie, până la euforie și euforie au denumirea generică de stări distimice.

Tulburările calitative ale afectivității:

Paratimiile - stări afective paradoxale, inadecvate cu manifestări opuse față de motivația lor (reacție euforică la o situație de eșec), identificate în stări psihoreactive și, în mod expresiv patologic, în schizofrenie.

Inversiunea afectivă - reacții afective univoce sub forma unei ostilități sau a indiferentismului față de toate persoanele, inclusiv acele care altă dată întruneau afecțiunea bolnavului. Se evidențiază în schizofrenii și delirul de gelozie.

Ambivalența afectivă - întâlnită tot în schizofrenii este concomitentă unor stări afective opuse (atracție-repulsie, dragoste-ură).

Psihofiziologia proceselor afective - a realizat progrese prin studiul și teoria motivației, cercetările experimentale de neurofiziologie, investigația și experimentul psihologic, cât și psihologia cibernetică, observația clinică și aprecierea efectelor obținute prin medicația psihotropă și în general prin toate referințele care privesc studiul comportamentului uman.

Integrarea funcțional dinamică și sistemică, a acestor informații, se poate face la specificul de ansamblu al personalității umane, în ordonatele culturale și social-istorice ale existenței sale.

SEMILOGIA PROCESELOR EFECTORII:

VOINTA SI ACTIVITATEA

Examinarea clinică, așa cum am văzut, are drept scop identificarea simptomelor de suferință sau boală. În psihiatrie semnificația simptomelor depășește valoarea fragmentară a ceea ce, în mod didactic, am clasificat în procese ale cunoașterii, motivațional-afective și efectorii. Simptomele exprimă, într-un mod mai amplu, relații asupra destructurării activității psihice ale unei persoane privind atitudinea față de sine și față de ambianță, relații ale căror conținut unitar, medical integrativ, antropologic și social constituie obiectul cercetării și al asistenței psihiatrice. În acest sens, adaptabilitatea umană, expresie a personalității și conștiinței, este reglată ca fenomen general de procesele efectorii: voința și activitatea.

VOINTA este procesul care orientează activitatea psihică spre realizarea unui scop, în mod deliberat ales și pentru obținerea căruia se elaborează operațiuni și activități de depășire a unor rezistențe ce aparțin condiției subiective și de mediu relațional.

Voința, fiind o stare subiectivă de trecere conștientă de la o idee sau raționament la o activitate sau la inhibiția unei activități, intrunește în toate procesele trăsăturile caracteristice ale personalității, cât și ampla proiecție a raporturilor sale sociale.

În desfășurarea unui act de voință au fost descrise mai multe secvențe, astfel:

- Formularea scopului, care cuprinde un sistem

de relații: stimulul activează o trebuință și aceasta declanșează prin participare obiectivă dorința constituită în motiv. În condiția umană motivul înglobează de fapt o pluritate de scopuri, ierarhizate, succesive și cu program de organizare în vederea realizării motivului.

- Disputa motivelor decurge din caracteristica scopului. Când acesta este unitar și constituie un deziderat, soluționarea devine tranșantă, când direcția de optare este diferită, apare disputa, cu opțiunea probabilă pentru motivul dominant.

- Adopția hotărârii privește atât scopul, cât și modalitățile de realizare.

- Îndeplinirea acțiunii privește efortul și capacitatea de efort în raport cu rezistența scopului.

- Angajarea în acțiune presupune o participare activă a voinței, dar în același timp pentru frânarea unor tendințe impulsive sau reacții necontrolate se realizează un proces de voință inhibitorie. Acest dan urmă aspect caracterizează de fapt personalitatea cu un înalt nivel de conștientizare.

În activitatea voluntară, scopul și procedeele de realizare sunt anticipate pe plan mintal, prin decizie conștientă în baza unei intenții prestabilite. Prin aceasta în acțiunile voluntare sau involuntare ale unei persoane sunt implicate într-un mod distinct, procesele motivaționale și afective ca și procesele intelectuale de reglare, conștientă, anticipativă privind scopul elaborat.

Procesele efectorii care cuprind activitatea în ansamblu, atât cea involuntară cât și cea voluntară și automatizată, pot fi analizate prin introspecția subiectului privind tendințele, aspirațiile, motivele acțiunii și anticipația ei, cât și prin gradul de concordanță cu diferite reacții de comportament. Acțiunile voluntare realizează adaptabilitatea și anticipația, iar prin efectul lor se reproduce în același motivul care le-a direcționat și care se întărește prin aferențele inversă.

Sistemul funcțional al reglării voluntare a acțiunilor se formează în ontogeneza personalității, prin întărirea legăturilor condiționate în care un rol deosebit îl au cuvântul și imaginea ca mijloace de însușire a experiențelor colective și social-istorice. De aceea, voința este formulată prin tendințele, scopul, sentimentele și convingerile pe care o persoană și le structurează în cursul existenței sale specific umane.

Prin aceste caracteristici voința este capacitatea de comutare a gândirii în acțiune sau inacțiune în vederea realizării unor trebuințe sau scopuri, diferențiate prin discernământ și a căror semnificație se referă la condiția personalității în multipla sa relație cu mediul.

TULBURĂRILE DE VOINTĂ, când privesc dominanța unor aspecte cantitative, pot fi următoarele:

Hiperbulia sau exagerarea capacității de acțiune a voinței, poate caracteriza unele personalități. În psihopatologie însă se referă la situații expresive cum este hiperbulia selectivă și unidirecționată a toxicomanelor și în paranoia, când constituie manifestarea unor grave dezorganizări ale personalității.

Hipobulia sau diminuarea capacității voluntare prin rezistența la comutarea gândirii în acțiune. Este un simptom de largă semnificație clinică fiind implicat într-un context diferit în stările nevrotice, psihopatii, suferințe somatice, traumatisme craniene, oligofrenii și demențe.

Abulia este deficitul de inițiativă și acțiune și este identificată în catatonie, psihozele depresive endogene.

Aspectele privind dominanța calitativă a tulburărilor de voință sunt:

Disabulia este dificila trecere la acțiune sau la continuarea ei asociată unui negativism și stări de perplexitate, cu indispoziție afectivă, ce se manifestă în formele de debut ale schizofreniei și neuroasteniei.

Parabulia este deficitul voinței, asociat unor pulsioni, dorințe sau acte, care în manifestarea lor paralelă agravează acest deficit. Apare în nevrozele denumite mixte și schizofrenii.

Impulsivitatea este deficitul capacității voluntare de inhibiție și sursa actelor impulsive și deseori inadvergente unor norme sociale. Este caracteristică psihopatiilor, dar poate apărea și pe fondul egofob al nevroticilor.

Raptusurile sînt reacții comportamentale violente, lipsite de capacitatea unui control volițional prin limitarea stării de conștiință și pot fi, după motivația și aspectul lor, anxioase - în melancolie, coleroase - în manie, de o extremă violență - în stările crepusculare și episoadele delirant-halucinatorii din epilepsie, violențe imprevizibile, bizare și nemotivate - în schizofrenii.

Voința pe tot parcursul dezvoltării personalității se manifestă prin ACTIVITATE și CONDUITE MOTORII caracteristice etapelor cronologice de vîrstă, variantelor situate, psihologice și în mod deosebit în sindroamele și bolile psihice. În acest sens cîteva aspecte oferă importante indicii cu valoare de simptom.

Tinuta vestimentară reflectă în general particularitățile de gust, modă, grijă față de sine, decență, alături de alte caracteristici de sex, cultură, profesiune, concordanță de climă, obiceiuri sociale etc.

Tinuta dezordonată vestimentar poate atesta o stare confuzivă, degradarea personalității în toxicomanii, discordanța față de mediu în schizofrenii, asociată indiferentismului și negativismului sau asociată cu lipsa unei igiene personale în demențe și oligofrenii.

Exagerarea rafinementului vestimentar exprimă deseori egofilia psihopatului, tendință de extravaganță a istericului sau manifestarea deviantă a sexopatiilor, evidentă în travestitism.

Excentricitatea vestimentară prin exagerări de însemne, distincții, machiaj apare în excitația maniacală, în stările delirante megalomaniace, iar într-o formă absurdă

în PGP expansiv.

O deosebită semnificație psihologică și clinică o deține privirea a cărei expresie comunică conținutul și tensiunea unor trăiri subiective. Astfel privirea imobilă, crispată, dură, poate fi expresia urii și semnalul agresivității. Privirea cu deschidere largă, fruntea încrețită, comisurile bucale coborîte exprimă teama, angoasa sau anxietatea. Excitația maniacală se caracterizează printr-o privire hipermobilă vie și expresivă spre deosebire de aspectul stins, imobil sau hipomobil în depresie.

În schizofrenie apare aspectul absent, inexpressiv, fără joc pupilar, și detașat, privire care evită interlocutorul.

Mimica, expresie involuntară și neverbalizată a stării afective, ca și uneori a stării de conștiință și personalitate, este de o importantă valoare clinică pentru aprecierea atitudinii, alături de expresia privirii și a ținutei vestimentare.

Variatatea formelor de expresivitate a mimicii este mare, iar în comportamentul din limitele normalității ea decurge din capacitatea influențată de trăsăturile temperamentale, de caracter, de educație și de obiceiuri (ca model socio-cultural al conduitelor).

Mobilitatea mimicii poate fi descrisă în formele hipermimiei, hipomimiei și amimiei.

Hipermimia este prin excelență caracteristică sindroamelor maniacale. Hipermimia generalizată apare în forma unei mobilități și expresivități globale a musculaturii faciale.

Hipomimia pînă la amimie este scăderea mobilității și poate fi întîlnită în impregnarea cu neuroleptice, mimica oligofreniilor, demențiilor, a melancolicilor, epilepticilor și schizofreniilor.

Mobilitatea musculaturii faciale conferă mimicii expresii diferite, cu semnificație pentru exteriorizarea și comunicarea trăirilor subiective, de aceea mobilitatea în forma și ansamblul ei realizează expresivități diferite de importantă valoare semiologică.

Astfel sînt descrise hipermimiile polarizate, care exprimă prin tensiunea contracturii faciale dominanta unor stări delirant-halucinatorii, mistice, după cum contractura teatralizată este caracteristică stării isterice. Hipomimia prin contractura musculaturii faciale este expresivă pentru depresie, în timp ce forma decontractată fă-ră să exprime o tensiune psihică, aparține oligofrenilor și demenților. O hipomimie cu privire persuasivă și a-dezivă este caracteristică epilepticilor. Mimica poate fi de o informație clinică valoroasă și cînd intențional exprimă o stare contradictorie trăirii psihice, așa cum este mimica compensatorie a timizilor sau ironică a psih-astenicilor.

Paramimiile ouprind expresiile de mimică neconcor-dantă stării psihice. Ele pot fi:

Mimica adoptată intențional, de regulă pentru a atrage atenția ambianței prin împrumutul unor modele de expresivitate, obicei care aparține personalităților psihopate.

Ecomimia, simptomul cînd se imită fidel mimica interlocutorului printr-o sugestibilitate crescută patologică, așa cum se constată în sindroamele catatonice și apare ca o reflectare în oglindă în demențele avansate.

Paramimiile exprimă o tulburare a semnificației gestuale, de comunicare, a mimice și pot apărea în forma bizareriei și stereotipiei, caracteristice schizofrenilor, fiind descrise forme particulare ca: hemimimia - gest mimic unilateral; neomimia - mimica bizară; jargonomimie - multiple și neînțelese expresii bizare; psitacismul mimic - mobilitate facială extremă, dar inexpressivă.

Conduitele motorii, gesturile, pot prezenta modificări patologice în ce privește modificarea sensului și conținutului prin care se exprimă inteligibil o stare sufletească. Ansamblul acestor perturbări, în care sînt cuprinse și paramimiile, poartă denumirea de parakinezii. Parakineziile mai cuprind și următoarele tipuri de tulburări:

Manierismele - tulburarea conduitelor gestuale, simple, manifestate ca o exagerare a manierelor.

Bizarerile - perturbări ale mișcărilor și gesturilor prin pierderea oricărei expresivități logice.

Stereotipiile - repetarea patologică a aceluiași conduite motorii, de obicei bizare în mimică, atitudine, limbaj și scris. În semnificația psihopatologică a stereotipiilor sînt cuprinse și perseverarea gestului și a poziției fiind descrise stereotipii de atitudine-akinetice și stereotipii de mișcare - kinetice sau parakinetice.

În stereotipia de atitudine se perseverează în atitudini și poziții incomode sau bizare (perna psihică) printr-o inhibiție psihomotorie denumită atitudine cata-tonică sau contractură cataleptică.

Repetiția gesturilor sau perseverarea unei acțiuni caracterizează stereotipiile de mișcare.

În forma catatonică a schizofreniei, stereotipiile sînt asociate negativismului, sugestibilității crescute și contracturii cataleptice, deasemenea stereotipiile apar în comportamentul oligofreniilor severe.

Conduitele motorii ale bolnavilor psihici pot prezenta perturbări de extremă intensitate cu un sens și conținut caracteristic formei de boală și gradului de modificare al conștiinței, stări denumite, de agitație psihomotorie.

Agitațiile psihomotorii sînt de puternică semnificație clinică, variate ca formă și intensitate, putînd fi descrise următoarele forme:

Akatisia și tahikinezia - imposibilitatea bolnavului de a sta liniștit și nevoia continuă a pășirii, care apare ca fenomen secundar al impregnării cu neuroleptice.

Agitația din sindroamele marilor deficite psihice prin nedezvoltare, regres sau deteriorare (oligofrenii, demențe de origine diversă) se caracterizează prin declanșarea bruscă la factori minimali, cu manifestări coleroase și agresive, desfășurare stereotipă, iar la persoanele de vîrstă înaintată ^{se manifestă} cu excitație verbală și agitație motorie spoliată de forța fizică a agresiunii.

Agiatare din manie este expansivă și concordantă excitației psihice cu fuga de idei, logoree, hiperprosexia, cu risc de agresivitate în forma coleroasă.

Agiatare din melancolie - evoluează sub forma de raptus, care poate să se manifeste printr-o dezordine motorie, fugă anxioasă și ca formă de gravă severitate prin acte suicidare.

Agiatare din schizofrenie - se declanșează fără motiv aparent, pare de neînțeles, poate să se manifeste prin dezordine motorie, dar și prin lovire, agresiune, automutilare (sub impuls delirant-halucinator) sau omucidere.

Agiatare din epilepsie - este caracterizată prin intensă agresivitate, cu lovituri iterative care se epuizează în consumarea actului violent de distrugere a victimei. Se manifestă în echivalențele și stările crepusculare epileptice cu amnezie post-faptică, sub forma de automatism motor de intensă violență, denumit și furor epileptic. În epilepsia cu tulburări de comportament, pe fondul caracterial vindicativ și irascibil, agresivitatea poate decurge dintr-o interpretare suspicioasă ca act de răzbunare prin lovirea victimei pe la spate și în mod neașteptat.

Agiatare în psihopatii - este deseori primară sau declanșată reactiv exprimând conflictul cu sine și ambianța prin manifestări disproporționate față de sursa ce le-a declanșat, de minie, disperare, cu gestualitate amplă și teatrală.

Hipokinezia sau diminuarea activității motorii apare în forma unei lentori a mișcărilor (bradikinezie), a hipomimiei și a bradilaliei. Ea se constată în sindromul de impregnare cu neuroleptice, epilepsie și sechele meningoencefalitice.

Akinezia sau întreruperea activității motorii exprimă inhibiția psihomotorie care se poate manifesta sub diverse aspecte clinice, astfel:

Barajul motor și fadingul motor se caracterizează prin întreruperea bruscă sau treptată până la dispariția

mișcărilor și a vorbirii.

Stupoarea - o inerție a imobilității complete fără replică la stimuli externi, apare de intensitate, durată și semnificație diferită după boala în cadru căreia evoluează.

În nevroze și psihopatii are un caracter reactiv, de situație, instalându-se brusc.

În melancolie, akinezia, inhibiția psihomotorie se poate asocia unei paramimii și contracturi cataleptice, aspect ce impune observație clinică atentă și diagnostic diferențial. În melancolie, bolnavul refuză alimentația până la alterarea stării generale, cu riscul unor complicații intercurrente. Stupoarea în schizofrenie permite bolnavului o participare pasivă la desfășurarea evenimentelor, pe care le înregistrează fără însă a reacționa la ele. În stările confuzive de origine toxică sau infecțioasă, alături de alte semne clinice ale acestora se constată perioade de întrerupere a inhibiției motorii cu stări de agitație și delir oniroid. În epilepsie, succede de regulă criza și are aspectul stuporii confuzive.

Inerția motorie, cu hipertonie musculară (fără modificări electromiografice) și perseverența într-o atitudine care a fost imprimată bolnavului este denumită catalepsie sau flexibilitate ceroasă.

Catalepsia se întâlnește în sindromul catatonie, în sugestia hipnotică și isterie.

Catatonie este un sindrom caracterizat prin tulburări psihomotorii complexe: catalepsie, stereotipii, negativism, pe fondul unei inhibiții în cadrul unor situații clinice diferite (schizofrenie, intoxicație cu produși numiți catatonigeni printre care intră și neurolepticele incisive - haloperidol, majeptil).

Tulburările psihomotorii pot interesa unele aspecte privind reglarea actelor sau acțiunilor astfel: perseverența motorie este continuarea unor activități motorii și după îndeplinirea unor acțiuni, așa cum se constată în demențele senile.

O altă categorie de tulburări privește declanșarea

involuntară a unor mișcări, prin contractură musculară, de care bolnavul este conștient, ceea ce îi întreține o stare de jenă și nemulțumire, datorită nereușitei de a le stăpîni, categorie de tulburări denumite ticuri. Ele apar în nevroze și beneficiază de tratament asociat și psihoterapeutic, fiind necesară însă diferențierea lor, de alte modificări hiperkinetice din afecțiuni neurologice.

Dezorganizarea conduitei motorii, dispraxia sau apraxia se manifestă prin pierderea capacității de exprimare gestuală și a unor acte motorii în absența unor tulburări motorii propriu-zise, senzitivo-senzoriale sau intelectuale. Această incapacitate rezultă din perturbarea unei reprezentări privind îndeplinirea actului, de aceea a fost denumită apraxie ideatorie. Astfel ar fi perturbată transmiterea schiței ideatorii din lobul parietal stîng în cel frontal, unde se reglează engramele kinetice care prin execuție, sînt la rîndul lor transmise cortexului motor rolandic, realizînd schema trecerii de la intenție la execuție.

Apraxia ideatorie este întotdeauna bilaterală, permite execuția actelor simple, dar nu și a celor complexe, care privesc îndeosebi folosirea unor obiecte. În forma de apraxie denumită ideomotorie nu pot fi executate nici actele simple, care presupun deliberare și intenționalitate, în schimb, pot fi executate cele spontane.

Apraxiile se identifică în suferința lezională cerebrală și în demențe.

CONȘTIINȚA ȘI SEMIOLOGIA TULBURĂRIILOR DE CONȘTIINȚA

Procesele psihice în totalitatea și ansamblul lor participă și asigură modalitățile caracteristice de adaptabilitate ale personalității umane, prin capacitatea acesteia de a elabora cunoașterea propriei sale condiții, cît și a realității sale de existență.

Cunoașterea de sine și cunoașterea realității este o dimensiune specifică a conștiinței umane care s-a realizat în procesul dezvoltării social-istorice.

Conștiința este o modalitate superioară de reconstrucție a realității prin semnalarea și simbolizarea acesteia pe calea proceselor neurofiziologice. Afectarea integrității structurale și funcționale a creierului însoțite de tulburări pînă la abolirea atributelor unei activități conștiente. Această relație constatată clinic și experimental este continuu precizată de cercetările morfologice, biochimice, neurocibernetice, neurofiziologice, psihologice, etologice, antropologice, care combat atît interpretările reducționiste, cît și cele dualiste privind relația creier-conștiință.

Datele cercetărilor științifice precizează în același timp participarea în mecanismele de elaborare subiectivă a proceselor de conștiință, a activității scoarței cerebrale, formațiunilor subcorticale, substanței reticulare, hipotalamusului ca și organizarea neuronală specifică, prin care se formează contactele sinaptice stabile ce permit schimbările sistemice de mesaje informaționale. Utilizarea datelor și metodelor ciberneticii și teoriei informaționale a deschis perspectiva înțelegerii activității creierului, ca un sistem informațional de comandă

cu reglaj automat, ca și explicarea sistemelor de elaborare a proceselor subiective de conștiință.

Procesele și funcțiile psihice se ordonează în acțiune de conștiință în contextul specific al comunicării și interacțiunii umane, fiind mediate prin codurile și schemele acționale sociale, ca și prin raporturile de existență cu mediul natural și cel construit. Sub acest raport se diferențiază psihismul animal, cu limite instinctuale, de dimensiunea conștiinței umane, instrumentate de activitate și de vorbire articulată, prin care se stochează experiența socială în cultură, care este transmisă mai departe prin educație. Prin aceasta, socialul este nu numai un sistem de referință externă a individului, dar și legea internă a propriei sale dezvoltări în sensul particularităților cultural-antropologice ale conștiinței și a sistemului de valori elaborate.

Conștiința, în cercetarea clinică psihiatrică, este sinteza activității psihice, prin care se elaborează realitatea pe plan subiectiv, ideatic, imagistic-simbolic, în condițiile existenței sociale și a organizării superioare a sistemului nervos. Ea nu poate fi limitată și redusă numai la starea de vigilitate, după cum în activitatea sa integrează și subordonează fondul arhaic și primar al inconștientului și subconștientului.

Analiza psihologică a semnalat diverse aspecte privind însușirile specifice ale conștiinței umane, cum ar fi: funcțiile de relație, sinteză, autoreglare și adaptare; activitatea „constatantă” (care deține o extensie prin cogniție și profunzime prin condiția timoafectivă); activitatea psihică sau „viața psihică la un moment dat” ca experiență trăită, „acum și aici”; (a fi conștient înseamnă a trăi particularitățile propriei experiențe, transpunând-o în universalitatea conștiinței tale).

În analiza clinică, starea de conștiință cît și tulburările de conștiință prezintă modalități diferite de manifestare și expresie psihopatologică, cu evidentă semnificație pentru diagnostic în contextul general de explorare al bolnavului.

Au fost folosite, ca orientare în clasificarea tul-

burărilor de conștiință, diferite criterii; astfel, au fost luate în considerare (Jaspers) patru parametri: detașarea de realitate, amnezia post-critică, dezorientarea și incoerența ideativă.

Intrucît este importantă identificarea și cunoașterea formelor clinice sub care se manifestă tulburările de conștiință, cît și semnificația lor, pot fi luate în considerare aspectele care privesc starea de veghe sau de conștiință, cele structurale sau ale nivelului de conștiință, cele care privesc propria persoană și relațiile față de ambianță. În mod obișnuit tulburările de conștiință nu cuprind în egală măsură toate aspectele, conștiința ambianței fiind mai fragilă decît cea a propriei persoane. În același timp, tulburările de vigilitate pot evolua în diverse grade de intensitate, fără modificări structurale, necoordonate voluntar și care să anuleze atitudinea de înțelegere a unor norme de reglementare socială.

În examinarea clinică, putem distinge următoarele aspecte mai semnificative privind:

1) Starea de conștiența sau vigilitate:

Starea de obtuzie sau dificultate a recepționării corecte a semnificațiilor din ambianță cu scăderea mobilității ideatorii și a precizării unei atitudini.

Starea de somnolență în care se percep stimulii puternici, fiind omiși ceilalți, în sinteza conștiinței.

Starea de obnubilare care afectează claritatea și volumul proceselor de conștiință, cu creșterea pragului senzorial pentru toți excitanții externi. Percepțiile sînt mai dificile, reacțiile întîrziate, ideatia lentă, răspunsurile vagi, ca expresie a unei perturbări a activității psihice.

Starea de torpoare care se manifestă prin apatie, cu reducerea reacțiilor emotive și a inițiativei.

Starea de stupoare care poate apărea ca o inhibiție psihomotorie, cu fenomene confuzive, bolnavul fiind rupt de realitate prin perturbări de claritate și volum ale conștiinței, mai severe decît în obnubilare.

Starea de somă exprimată prin perturbarea profundă a conștiinței, cu pierderea funcțiilor de relație și păstrarea funcțiilor vegetative (respiratorii, cardio-vasculare). În raport de profunzimea comei, se disting clinic: coma vigilă, când funcția de relație este relativ păstrată; coma tipică, când funcția de relație este complet abolită; coma depășită, când menținerea în viață se face numai prin mijloacele terapiei intensive.

Etiopatogenic, comele au fost diferențiate prin leziuni primare ale creierului (tumori, infecții, intoxicații, boli vasculare cerebrale cu interesarea funcțiilor activatoare ale mezencefalului); come prin perturbări ale metabolismului energetic cerebral (hipoxie, hipoglicemie); come prin tulburări ale activității enzimatice (intoxicații, tulburări hidroelectrolitice).

2) Tulburările de conștiință privind propria persoană și în raport de aceasta, relația cu ambianța mai pot apărea sub diverse modalități clinice cu o semnificație semiologică importantă pentru diagnosticul orientativ, la examinarea bolnavului. Uneori ele pot avea un caracter funcțional, subiectiv, chiar intențional sau situativ. Unele din aceste tulburări privesc structura personalității de tip egofob sau egofil, altele pot fi reactive la situații neașteptate sau dificile, după cum altele exprimă debutul sau evoluția unor procese psihopatologice de natură infecțioasă, toxică, traumatică, suferințe cerebrale primare sau secundare.

Aceste modificări structurale (calitative) pot fi ilustrate prin:

Starea de hebetudine caracterizată prin reacția de dezintegrare a bolnavului față de o situație care-l depășește și față de care, în mod paradoxal, rămâne indiferent, areactiv, perplex.

Starea crepusculară, care prezintă un debut și un sfârșit brusc, ca o stare de obnubilare tranzitorie cu amnezie, de obicei parțială, asupra episodului trăit. Durata este de la câteva minute la câteva zile, cu păstrarea relativă a integrării psihomotorii, pe fondul delirant-halucinator, asociate unei stări anxioase.

Stările crepusculare pot fi identificate în psihosindroame reactive conversive, epilepsie, diencefaloză, tumori ale lobului temporal, precizarea lor clinică fiind necesară pentru apărarea discernământului în practica asistenței psihiatrice delicto-judiciare.

Starea oniroidă în care percepția realității este fragmentată prin desfășurarea unor trăiri delirant-halucinatorii (cu conținut fantastic) și dezorientare temporo-spațială. Succesiunea fazică a acestor stări pare a fi ca între vis și veghe.

Starea amentivă cu profunda alterare a conștiinței proprii persoane, încoșerența gândirii și vorbirii, agitație psihomotorie.

În toate stările delirant-halucinatorii se constată o dezorientare temporo-spațială față de realitate, situație care a mai fost descrisă ca fiind de fapt o falsă orientare, dacă luăm în considerație atitudinea bolnavului față de conținutul propriilor sale trăiri psihopatologice și față de integrarea sa în mediu.

3) Tulburările tranzitorii de conștiință, denumite și excepționale grupează situații clinice cu patogenie diferită, a căror manifestare este o excepție față de starea psihică a unei persoane, stări clinice care se aseamănă prin tabloul semiologic și evoluția lor. În această categorie sînt clasate: beția patologică, afectul patologic și unele stări crepusculare. Se manifestă sub raport clinic printr-un acces unic sau extrem de rar, patogenia lor fiind explicată prin sumarea acțiunii negative a unor multipli factori declanșanți, ocazionali și favorizanți. Semnificația lor clinică este majoră pentru apărarea discernământului unei persoane în cazul în care a săvârșit fapte imputabile, discernămint care se apreciază prin expertiza psihiatrică. Diagnosticul este deseori dificil de stabilit, fiind folosită în acest scop analiza comportamentului în care, deși se păstrează automatismul motor și cel al vorbirii, apar acte de conduită absurde, rupte de realitate, față de care se instituie o amnezie consecutivă. Examinările complementare, ca de exemplu cele electrofizio-

logice pot evidenția suferințe cerebrale pe fond premorbid.

Toate tulburările de conștiință descrise, indiferent de forma grupării, modifică sub diverse forme și grade de intensitate conștiința propriei persoane și a relațiilor cu ambianța. În stări patologice aceste tulburări pot afecta toate aspectele de referință ale conștiinței, având însă o expresivitate specifică din punct de vedere semiologic în cursul proceselor delirante, halucinatorii, confuzive, obsesivo-fobice sau tensiuni emotive, supra-solicitări și psihosindroame reactive la situații dificile.

4) Tulburările de conștiință pot fi descrise sau grupate după unele aspecte de specificitate și anume: tulburări de orientare în spațiu, timp, orientare allopsihică și autopsihică.

Tulburările de orientare spațială realizează un defect de relație al persoanei cu ambianța și ele pot interesa spațiul (camera, strada, localitatea) sau situațiile realității.

Conduitele de inadvertență față de o situație pot apărea și în împrejurările curente de viață, la persoane obișnuite, în timp ce dezorientarea spațială se constată în cadrul nedezvoltării funcțiilor de cunoaștere, în demențe, în sindroamele confuzionale și cele delirante. S-a diferențiat dezorientarea persoanei aflată într-o stare confuzională, de dezorientarea delirantului întrucât în prima situație bolnavul (ignorându-și defectul) pare a recunoaște locuri în care nu a mai fost, în timp ce delirantul exprimă mai curând tendința de a se comporta ca un străin în locuri deja cunoscute.

Tulburările percepției timpului sau ale orientării în timp se manifestă sub multiple modalități în situațiile unor activități curente sau în stări psihopatologice.

Succesiunea timpului sau durata unor evenimente pot avea o valoare subiectivă, diferită de cea a realității, în cursul unor stări afective de euforie sau depre-

sie, după cum în stările dramatice sau de intensă solicitare poate apărea viziunea panoramică prin care într-o secvență foarte scurtă de timp se desfășoară momentele de puternică semnificație subiectivă din existența unei persoane. Este cunoscută în același timp în psihopatologie impresia de accelerare a timpului trăită în stările maniacale și, dimpotrivă, impresia unei opriri a scurgerii timpului în sindroamele melancolice.

În sindroamele discordante și schizofrenie se perturbă durata și succesiunea evenimentelor într-o trăire ruptă de realitate, care anulează conștiința realității prezente cât și a proiecției în viitor. În sindromul Korsakov, se pierde cu precădere referința de orientare cronologică, iar în oligofreniile grave, percepția timpului în ansamblul de succesiune, durată și orientare este grav perturbată.

În sindroamele de involuție, se constată progresiva instituire a unor modificări privind ritmul și scurgerea timpului proiectiv (sau prospectiv). Astfel, caracterul și amploarea acestor modificări a conștiinței timpului în relația față de sine și ambianță dețin o importantă semnificație pentru diagnostic și starea de evoluție a bolii sau a unor sindroame psihoreactive.

Derealizarea sau tulburările orientării allopsihice exprimă incapacitatea identificării realității ambiante, atât în ansamblu cât și în elementele ei constitutive, care pot apărea fie străine și necunoscute, fie lipsite de claritate și șterse. Aceste tulburări se evidențiază în schizofrenie, psihozele toxice, traumatice, infecțioase, ca și în cele de involuție și psihoza sau crizele epileptice. Aspecte clinice particulare ale derealizării constituie și tulburările psihosenzoriale de „jamaïs vu”, „deja vu”, „jamaïs connu” și „deja connu”.

Depersonalizarea sau tulburările autopsihice privesc conștiința activității, continuității și relației personalității proprii față de ambianță, ca proces de atitudine și participare subiectivă la realitățile existenței. În examinarea clinică, această tulburare a conștiinței propriului

eu se diferențiază prin unele aspecte particulare ale dezorientării privind incapacitatea datorată unor deficite mnemonice, de a putea da relații asupra propriei persoane și a antecedentelor sale.

Identificarea tuturor acestor aspecte începe în stadiul inițial de examinare clinică, deci la primul contact cu bolnavul psihic, orientează raționamentul clinic în ceea ce privește diagnosticul și asistența acestuia.

PERSONALITATEA SI SEMIOLOGIA TULBURARILOR

PERSONALITATII

Explorarea personalității este parte integrantă a examenului semiologic în clinica de psihiatrie. Prin datele obținute din anamneza bolnavului privind particularitățile sale de viață, de dezvoltare și relație cu mediul, ca și prin explorarea funcțiilor psihice, a temperamentului și caracterului său, corelate cu istoricul și evoluția bolii, se profilează ca o sinteză trăsăturile psihice individuale prin care se definește în mod distinct personalitatea. Noțiunea, ca și definirea personalității, este una din problemele controversate ale psihologiei datorită referințelor multiple ce le cuprinde, ca și a caracterului multidimensional al implicațiilor teoretice și aplicative.

În toate orientările apare tendința de precizare a unui caracter specific și unitar al personalității, având ca premisă fie un fond energetic instinctual inconștient, fie o relație prestabilită dintre diversele coordonate biologice ale unei persoane, fie o motivație organică integratoare, fie o stare de tensiune între scop și mijloc, fie o integrare socio-culturală, ca factori generatori sau de promovare a unor atitudini caracteristice.

În definirea personalității apare totodată preocuparea de a enunța ordinea unor elemente constitutive biologice, psihologice și sociale din structura acesteia. Personalitatea, în diverse definiții, este un ansamblu de caracteristici biofizio-psihologice, care permite o adaptare

generală la ambianță (Sheldon), este o construcție factorială dinamică exprimată în modalitățile răspunsurilor la situații (R.B.Gattel) derivată din intersectarea structurilor bazale, tipologice și individuale (personalitate generală, personalitate tipică, personalitate individuală - G.W. Allport) sau este definită de algoritmul de îmbinare al indicatorilor energetici, intelectuali și atitudinali la nivelul unui individ dat (N. Byssenk).

Aceste câteva referințe asupra conceptului și definirii personalității ilustrează complexitatea problemei, caracterul diferit al unor orientări teoretice, dar și semnificarea unor aspecte comune și esențiale, cum sunt atributele de unitate, integritate și structuralitate (ca organizare) în cadrul problematic al personalității. Prin aceste atribute, personalitatea în condiția sa normală sau patologică este analizată sub aspectul dezvoltării, dinamicii, determinanței și al descrierii sale. Factorii care acționează asupra dezvoltării personalității sunt cei genetico-psihici și socio-culturali.

Orientarea asupra acestor aspecte comune și esențiale a apărut ca o replică necesară la tendințele de explicare unilaterală și analitic excesive a unor procese psihice, în locul unei înțelegeri integrative a personalității umane în stare de sănătate și de boală. În același timp continuă să rămână în atenția cercetării raportul dintre condiția situațională și cadrul general de referință al personalității, raportul dintre factorialitatea ereditară, înăscută și cea dobândită prin experiență, învățare și educație, ca și relația dintre aspectele stabile, durabile și cele discontinue, dinamice din comportamentul unei persoane. Studiul personalității a fost promovat într-o amplă măsură prin aprecierea caracterului relațional al persoanei față de ambianță, atât în stare de sănătate, cât și în procesul bolii, ceea ce constituie o referință cu semnificație medicală de diagnostic. În psihiatrie, aceste referințe sunt exemplificate prin descrierea unor „maladii ale personalității” sau prin ilustrarea tipologică a unor personalități disarmonice, nevrotice, deficitare sau psihotice. Termenul de

personalitate a câștigat treptat valoare și conținut medical, deși a fost folosit din antichitate derivând din cuvântul latin „persona”, care înseamnă „masca actorului folosită în reprezentațiile teatrale.

Utilizarea conceptului de personalitate în analiza clinică implică înțelegerea unor coordonate definitorii pentru caracterul de unitate și integritate, prin care se afirmă aceasta în comportamentul unei persoane. Nu este suficientă enumerarea doar a unor componente biologice, psihologice și sociale, întrucât personalitatea este dimensiune supraordonată cu funcții integrativ-adaptative ale comportamentului uman. Așa cum s-a afirmat, sursele sale aparțin unor relații comunicaționale ce decurg din împrejurările și activitățile sociale, care formulează sistemul de valori instrumentale și socio-morale capabile să permită unei persoane să contribuie creator la existența socială. Motivațiile de sursă socială devin prin subiectivare sistem de autodefinire, care se exprimă în atitudini și acțiuni. Procesele psihice care participă la formularea acestor atitudini se apreciază în dinamica intercondiționării lor întrucât prin aceasta ele conferă comportamentul unei persoane trăsăturile tipice prin care îi caracterizăm personalitatea.

Analiza personalității va cuprinde în examinarea clinică, descrierea aspectelor caracteristice, dinamica atitudinilor de relație, etapele de dezvoltare și determinanță prin factorii genetici, psihici și socio-culturali. Această analiză, fără să fie o simplă cumulare de informații, va tinde să realizeze integritatea și unitatea personalității, ca sistem dinamic hipercomplex, în care analiza psihologică (M. Gălu, A. Dicu) distinge câteva trăsături de ordin operațional-logic. Astfel, personalitatea se delimitează de la un anumit nivel de abstractizare, are o organizare ierarhizată, are o comunicare bilaterală, are o relativă independență față de elementele componente. În același timp, analiza sa structurală se îmbină cu cea social-istorică, după cum analiza structurilor interne se face prin sistemele

funcțional-dinamice și nu prin reducerea simplistă și izolată la elementele componente.

Personalitatea, ca sistem supraordonat, este expresia dinamică a însușirilor psihice ale unei persoane prin care se integrează funcțiile de sinteză. Temperamentul exprimă particularitățile innăscute ale reactivității sau ansamblul acelor caracteristici care privesc intensitatea, echilibrul și mobilitatea proceselor de excitație și inhibiție la nivelul comportamentului și a activității.

Preocuparea de a diferenția tipurile de temperament apare încă din antichitate. Astfel, Hipocrat descrie structura apoplectică și cea flegmatică, iar Galen a descris cele 4 tipuri cunoscute: temperamentul sanguinic, flegmatic, coleric și melancolic. Corelarea caracteristicilor acestor tipuri temperamentale poate fi făcută cu tipurile de activitate nervoasă superioară diferențiate după criteriile fiziologice pavloviene, astfel încât în utilizarea clinică, putem distinge în raport de trăsăturile dominante următoarele:

1. Tipul slab sau temperamentul melancolic, timid, nehotărât, trist, pesimist.

2. Tipul tare neechilibrat sau temperamentul coleric, combativ, agresiv, impulsiv.

3. Tipul tare, echilibrat, mobil sau temperamentul sanguinic, vioi, vesel, productiv.

4. Tipul echilibrat inert sau temperamentul flegmatic, liniștit, egal, perseverent și dirz.

După clasificarea lui E. Kretschmer, în raport de analiză psihiatrică și constituția somatică, se diferențiază:

1. tipul picnic sau ciclotim; 2. tipul leptosom sau schizotim; 3. tipul athletic și 4. tipul displastic, cu predispoziție pentru epilepsie.

Tipologia morfologică cu referințe la predispoziție patologică, deși criticată pentru caracterul limitat

și de predilecție fatalistă, care nu epuizează factorialitatea patogenă, a intrat totuși în utilizarea clinică prin corelația care o sugerează.

În examenul semiologic al personalității, alături de stabilirea tipului de temperament, investigăm și trăsăturile de caracter. Noțiunea de caracter este deseori folosită în limbajul curent, cu intenția de a evidenția gradul de existență al unor calități specifice prin care putem caracteriza o persoană. Aceste trăsături specifice devin cunoscute prin diversele atitudini pe care le adoptă cineva în relațiile sale de viață, atitudini care exprimă convingeri, opțiuni și un mod de acțiune față de ambianța socială. Ele devin distincte, se formează sau se modelează în raport de trăsăturile temperamentale ale unei persoane, experiența sa de viață, educația primită și cunoștințele însușite. Prin caracter înțelegem deci ansamblul unitar de trăsături distincte ale unei persoane prin care acesta se exprimă caracteristic în atitudinile față de sine, existență și sistemul de valori.

Caracterul este puternic influențat de fondul însușirilor temperamentale, dar se formează în condițiile existenței concrete social-istorice, prin educație, cultură și relația nemijlocită, participativă, la împrejurările și evenimentele sociale. În același timp, caracterul deține o valoare subiectivă în motivarea comportamentului, acesta fiind un mod constatabil de manifestare al unei persoane, față de semenii săi, prin acțiunile care exprimă atitudinea sa concretă și specifică față de realitatea înconjurătoare.

Temperamentul și caracterul în interrelație continuă cu afectivitatea, gândirea și voința, orientează comportamentul unei persoane realizând un ansamblu unitar și dinamic care îi definește și caracterizează personalitatea.

Precizarea acestor noțiuni folosește examenului clinic psihiatric prin semnalarea atenției care trebuie acordată manifestărilor de comportament, ca și a modului de înțelegere a acestora, prin raportare la trăsăturile

distincte ale personalității.

Examinarea semiologică a unei persoane poate scoate în evidență manifestări de dificultate ale unor opțiuni, de indecizii și scădere a rezonanței afective față de propriile trăiri și de evenimentele vieții, iar în forme mai grave impresia stingheritoare a unei dedublări, în care asistă ca spectator la propriile sale trăiri, fără a avea sentimentul unei adeziuni intime la acestea.

Toate aceste manifestări identificabile la examenul clinic se înscriu în psihopatologia conștiinței și a personalității, fiind descrise în stările de depersonalizare.

Depersonalizarea semnifică impresia de schimbare sau substituție a propriei persoane, când afectele își pierd caracterul personal (dezanimare) sau când se dezvoltă impresia de schimbare somatică (desomatizare).

Bolnavul care păstrează conștiința acestor schimbări, în măsura capacității sale critice de proiecție a realității, verifică prin interogarea altora și a sa proprie veridicitatea impresiilor pe care le dezvoltă. Predominanța desomatizării atestă de obicei o mai gravă perturbare psihopatologică, care cuprinde în autoanaliza subiectivă senzorialitatea corporală în ansamblu sau, în mod selectiv, numai cea a unor segmente.

Depersonalizarea de formă și intensitate redusă se poate manifesta în cursul unor stări de epuizare, surmenaj, sindroame nevrotice. La cazurile cu psihastenii se ilustrează, la examenul semiologic, expresia tipică a depersonalizării prin ambivalență, îndoiala și indecizia pe care o exprimă bolnavul față de stările sale subiective, de unitate și identificare cu sine, analizate cu deplină conștiință.

În schizofrenie poate apărea convingerea bolnavului asupra transformării sale și a unor influențe din afară, deși în stadiile de debut ale bolii aceste transformări psihopatologice întrețin o stare anxioasă cu îndoială asupra realității ei obiective. De altfel, prin senzația de straniețe sau replică anxioasă caracteristică

dezvoltării psihopatologice din debutul insidios al tuturor psihozelor, depersonalizarea este disimulată de către bolnav.

În schizofrenie, ca și în stările delirante, dedublarea personalității ca formă de depersonalizare se poate exprima în convingerea bolnavului asupra existenței în persoana sa, a unei alte persoane sau forțe, care influențează gândirea și acțiunile sale, de structurare care cuprinde aspectul global al personalității.

Stările depresive relevă la examenul clinic al bolnavului o anxietate față de impresia diminuării capacității sale de participare afectivă la evenimentele și împrejurările la care participă, iar gradul de apărare și atitudinea critică față de aceste trăiri diferențiază de obicei depresiile psihotice endogene de cele reactive.

Analiza clinică a bolnavului în toate formele procesului de depersonalizare nu poate fi despărțită de concomitența gradului său de derealizare, înstrăinare, ca impresie sau sentiment pe care îl instătuie dezvoltarea sa psihopatologică.

Manifestările din cadrul psihopatologiei depersonalizării contribuie la stabilirea diagnosticului diferențial și pozitiv, ca și a stadiului de evoluție a bolii în raport de conținutul, amploarea și intensitatea acestor stări.

ELEMENTE DE PSIHOFIZIOLOGIE

Elementele de psihofiziologie oferă o cale de cercetare între psihologie și fiziologia sistemului nervos, ca modalitate funcțională de valoare explicativă și operant medicală.

Se ocupă și se referă la relațiile funcțional-structurale și manifestarea psihocomportamentală la diferite nivele de evoluție și activitate clinică sau relațională.

Persoana și personalitatea umană, ca principiu metodologic are o dimensiune și caracter integral, mediat de stări dinamice structurale-funcționale, ce conferă o valoare operantă. În acest sens se pot distinge câteva aspecte operante: caracterul activ al diferențierii și specializării structurilor neuronale; caracterul selectiv și de integrare ierarhică ce formează ansamblul sistemului neuronal; autoreglarea ce asigură centrul impactului senzorial către ieșirea sistemului prin conexiuni inverse; autoreglarea sistemului evolutiv al structurilor neuronale în modelul funcțional la organizări ierarhizate.

Elementele de psihofiziologie sînt deci necesare înțelegerei psihiatricei ca suport al integrității creierului prin care ontogenetic se proiectează persoane umane ca personalitate și proces al conștiinței de sine.

Structurile cerebrale sînt considerate ca puncte nodale premevează activități sau funcții psihice, cum ar fi cele emoționale afective, memoria de scurtă și de lungă durată sau starea de alertitate a conștiinței.

Funcția și particularitățile unor activități psihice aparțin unor formațiuni cerebrale, cercetate de neuropsihofiziologie, diversitatea unor conduite funcționale sau patologice în expresie medicală.

Emoțiile, sub acest aspect, în baza unor cercetări, deja cunoscute de Papez, dețin o zonă nodală pentru lobul limbic al lui Broca și conexiunile centrale, constituind un centru al variațiilor emoționale și activități viscerosomatice, iar neocortexul fiind dominant pentru funcțiile intelective.

Baza mecanismelor în elaborarea emoțiilor aparține sistemului limbic format de hipotalamus - paraseptica, tuber cinereum, corpii mamilari și apoi din nucleul anterior talamic. Impulsurile din corpii mamilari ajung apoi prin tractul mamilar-talamic al lui Viciq-Quayr la nucleul talamic anterior și din girusul singular anterior (sens receptivă corticală a impulsurilor emoționale) ele converg aici din nucleul talamic prin circuitele talamo-corticeale.

Participarea deci a neocortexului în elaborarea motivațiilor și a stărilor afectivității exprimă de fapt funcțiile de analiză și de sinteză a întregului cortex cerebral.

Prin contribuții clasice stabilite (Cannon, Bard, Hess) hipotalamusul este considerat central sau zona expresiei emoționale. Impulsurile emoționale afective pot facilita sau inhiba pe calea hipotalamusului - fornix corpii mamilari - ajungerea sau dimpotrivă insuficiența lor exprimare. S-a considerat, de către Papez, hipotalamusul ca centru unde s-ar forma sau elabora emoțiile (cercul afectiv). Cercetările ulterioare clinico-lezionale, cât și cele experimentale pe animale, au constatat funcționarea unor zone sau puncte nodale a căreia se este considerat cercul afectiv, în care se pot produce diferite tulburări emoționale afective.

Receptorii neuronali și cei cu reverberanță neuronală din aceste zone cerebrale sînt considerate preponderente pentru tulburările sau mecanismele biochimice ce induc psihozele afective. Impulsurile nervoase ce survin de la receptorii somatici și vegetativi continuă prin nucleii ventrali ai talamusului și la corpii mamilari sub forma unor pulsii emoționale din hipotalamus, ce sînt considerate a fi de o „scurtă circuitare” și dau stări emoționale impulsive sau stări episodice hipertimice (după modelul „shame-rage” al lui Cannon, sau leziuni din alte puncte nodale, - hipocamp-rinencefal-, „Marele lob limbic”, descris de Broca și apoi de Papez, este compus din cingulum și structurile mediale ale lobilor frontali și temporali și are o structură citologică asemănătoare, fiind filogenetic mai veche și comună mamiferelor.

Cercetări ulterioare (Mc Lean) au dat dimensiuni și legături mai ample ce au fost cuprinse în „sistemul limbic”, în cortex și în mod special în cel frontal și temporal. Aceasta poate explica participarea importantă a acestui sistem, ca structură cerebrală, în relații și condiții psihopatologice.

Relația și funcțiile sistemului limbic cu lobii frontali și temporali și importanța lor clinică pentru psihopatologie îndreptătesc atenționarea dar a unor elemente ce nu pot lua și datele de neuropsihologie și patologice, ce aparțin cunoștințelor de neurologie, cum sunt afaziile, agneziile și altele.

Lobul frontal deține un important rol a funcțiilor intelective, a afectivității, a funcțiilor autonome și conferă personalității psihice aspectele sale particulare.

Neocortexul frontal deține morfo-structura cerebrală primordială pentru motivația comportamentului de inițiativă și programare, prin concentrarea și urmărirea unor scopuri și perseverarea și organizarea gândirii abstracte.

Cortexul orbital și ariile mediale, prin apartenența lor de sistemul limbic sunt legate de controlul funcțiilor autonome și astfel de retrăirea anxietății. Stimulările acestor arii produc creșterea tensiunii arteriale, dilatarea pupilelor și alterări în tenusul visceralelor, simptome ce sunt asociate anxietății ce apare în numeroase sindroame psihosomatice.

Fibrele proiective talamo-corticale ce derivă din nucleul dorso-medial talamic și care merg la neocortexul frontal accentuează aceste căi aferente ce transmit numai excitații de referință psihocomportamentală. În acest fel fibrele eferente ale neocortexului frontal sunt diferite de restul lobului frontal.

Lobul temporal din punct de vedere filogenetic și funcțional distinge o primă parte filogenetic mai veche, cuprinsă de structurile sale mediale: ca: amigdala, regiunea perimigdală, hipocampus, uncusul și rinencefalul, ce fac parte din sistemul limbic.

A doua parte este formată de neocortexul temporal ce cuprinde restul cortexului și lobul temporal situat lateral de fisura hipocampală. Partea neocorticală are însă conexiuni reciproce cu structurile mediale și prin acestea cu tot sistemul limbic.

Părțile mediale se interconectează cu părțile similare din hemisferul opus din comisura anterioară și au reciproce conexiuni cu cortexul orbital primitiv. Ele nu au însă conexiuni directe cu talamusul și celelalte structuri neocorticale, exceptând pe cele temporale.

Hipotalamusul are o participare aferentă, funcțională, somatică și exteroceptivă, iar amigdala le are de la receptorii viscerali. Amindouă aceste structuri sunt în conexiune cu formația reticulată a trunchiului cerebral.

Cercetările experimentale, pe animale, atestă neurostructurile hipocampusului o expresie funcțională a memoriei de scurtă durată, confirmate și la om (prin leziuni clinice). Memoria de lungă durată însă ar putea exprima durată, (sau canalul de intrare și engramare), fixată prin tonalitatea afectivă a neurostructurilor din hipocampus, ca puncte modale, sau ale cercului afectiv (după Papex).

Cercetările biochimice micromoleculare și pe animale, pledează pentru modificări structurale stabile ale A.R.N.-ului, ale proteinelor, din structurile neuronice ce privesc numai memoria de lungă durată. Se consideră teoretic capacitatea de memorizare a fiecărui neuron, iar în procesul de memorie participă întreg creierul programat printr-un cod chimic.

Funcția hipocampusului prin ablația amigdalei excită sau inhibă efectele agresivității, a consumului alimentar sau de lichide. Amigdalectomia exacerbează hipersexualitatea, iar prin coagularea nucleilor ventromediali talamici (și animalele de experiență) o inhibă sau chiar o sisteamă.

Neocortexul temporal deține funcțional variate simptome psihocomportamentale în forma epilepsiilor temporale. La om, în starea de veghe, stimularea neocortexului temporal produce evocarea memoriei, alternări ale dispoziției emoțional afective, senzații și retrăiri stranii, de derealizare și depersonalizare, tulburări de percepție (halucinații), dezorientări în timp și spațiu, stări de excitație impulsiv-agresive, stări de angoasă și frică. Examinările EEG arată disritmii frecvente și particulare pentru derivațiile temporale ce ar fi caracteristice unor stări psihice episodice temporale cu leziuni caracteristice (vârfuri seriate combinate cu unde din banda theta și beta), constatate unilateral asupra unui lob temporal. Aceste as-

peste ar cuprinde sindroame greu definite patogenetic ca: beția patologică, periemania, dipsomania, depresile episodice, histeroconfuziile și impulsivitățile episodice temperale, fără manifestări epileptice convulsivante.

Starea de luciditate sau vigilitate a conștiinței aparține și este validată de activitatea psihică, cercetată prin studiile cunoscute de Meruzzi și Mageun privind formația reticulară a trunchiului cerebral. Structura și sistemul vigilității denumite sistemul ascendent reticular ocupă o zonă anatomică fără o precizie delimitare funcțională. Traiectul ei este de-a lungul centrului paramedian reticular începând de la nivelul caudal al treimii inferioare a protuberanței și se extinde cuprinzând hipotalamusul posterior, nucleii talamici intralaminari și aria septală. Sistemul activator are o conexiune intimă cu sistemul limbic, dar diferitele lor secțiuni par încă insuficient precizate în stările de pierdere sau tulburări ale conștiinței. Leziunile sau deprimarea activității formației reticulare ca să instituie pierderea stării de conștiință rigilă în diverse grade sau de comă, este necesar să se producă în câteva condiții: să ocupe ambele părți ale liniei mediane; să fie localizate între treimea inferioară a protuberanței și a diencefalului posterior; să se instaleze rapid și cu extindere mare.

Aceste tulburări apar în leziuni subteritoriale ca: tumori infarct sau hemoragie în trunchiul cerebral sau în hemeragii sau abcese, tumori cerebrale - care nu privesc condițiile prezentate.

Precedecele sub și supratentoriale aparțin neurologiei, diagnosticul și prognozei sale.

Diferite grade de tulburări sau pierderea stării de sănătate pot fi produse de boli metabolice, circulatorii, traumatisme, boli infecțioase, exo și endogene și altele de natură cerebrală difuză, în care sînt cuprinse și procese psihocomportamentale ce aparțin psihiatriei.

ELEMENTE DE ONTOGENEZA

Ontogeneza semnifică procesul de dezvoltare individuală a unei persoane, pe tot parcursul vieții sale, în proiectia sa psihosocială și organizarea sa structural funcțională.

Ea se referă la aspecte integrative și particulare etapelor de dezvoltare ale ființei umane, în caracteristica lor medicală, neuro-endocrin-metabolică și relațional psihocomportamentală. Acest domeniu extrem de extins și cuprinsător poate scoate în evidență însușirile particulare și diferite ce servesc psihiatriei, protecției și asistenței sale, la procesele de adaptare și integrare în ambianța și viața ființei umane.

Dezvoltarea psihomotorie și relațional comportamentală ale copilului și adolescentului sînt un proces fizic, structural și socio-cultural în toate etapele biomedicale ale ontogenezei unei persoane, cu distinse și particulare relații de interacțiune reciprocă pînă la vîrstele înaintate sau viabile. Unele aspecte și observații generale pot fi caracteristice și ele aparțin unor discipline medicale și clinice cum sînt pedopsihiatria, gerontopsihiatria, seciopsihiatria și altele. Astfel, dacă ne referim la observația clinică și dezvoltarea generală a copilului distingem câteva caracteristici operaționale de ontogenexă.

Dezvoltarea copilului este de exemplu cu atît mai rapidă cu cît ea este la o etapă de vîrstă mai mică. Unele aspecte sînt evidente fiind induse de factori endogeni aparținînd dinamismului biologic al organismului și sistemului nervos. Astfel, perimetrul cranian crește într-un ritm pînă la vîrsta de un an egalabil cu dezvoltarea de la această vîrstă pînă la adolescență. Această dezvoltare volumetrică atestă o dezvoltare corespunzătoare a sistemului nervos, a masei cerebrale. De altfel dezvoltarea

tarea motorie nu este numai cantitativă, ci exprimă un mod de organizare către un alt stadiu corespunzător etapei de dezvoltare și vârstei cronologice.

Dezvoltarea este însă într-un anumit sens, independentă de mediu și determină biogenetic sau endogen, dar este puternic influențată de factori ambientali.

Dezvoltarea psihologică și formarea limbajului sînt însă posibile numai în condițiile unei ambianțe umane, prin stimuli capabili să asigure progresiva organizare a funcțiilor psihice și ale comportamentului. Aceste considerații de sinteză generale au o valoare nu numai constative, dar și de intervenție pentru protecția și promovarea stării de sănătate mentală.

Mai putem elabora și cîteva ordonate generale privind dezvoltarea copilului și particularitățile ontogenezei sale. Astfel, indiferent de ritmul dezvoltării, ordinea de succesiune a secvențelor este întotdeauna aceeași, iar o dezvoltare normală nu poate omite etapele în ordinea succesiunii lor. Unele comportamente elementare, cu semnificație biologică, apar însă în afara învățăturii unor caracteristici transmise în cadrul speciei, după cum există un raport între dezvoltarea unor funcții și a structurilor ce le exprimă și le organizează.

După cum s-a constatat, acțiunea mediului asupra dezvoltării copilului se exercită specific în toate etapele sale de vîrste și este esențială pentru proiectarea funcțiilor psihice, a limbajului și a comportamentului. Ea se exprimă prin limite fizice și biologice în afara cărora homeostazia și capacitatea vitală neprotejată nu ar putea subsista. Totodată climatul psihologic, după particularitățile antropoculturale, deține valoarea unui program informațional, prin receptorii senzoriali, care se organizează pe parcursul dezvoltării și achiziția propriilor exponenți și modele însușite. Astfel, de la primele etape de dezvoltare absența sau inconsistența unui model sau climat psihologic protector poate institui sindromul psihic carential, cunoscut și descris uneori sub denumirea de hăspitalism.

Carența psihică, sub diverse forme particulare, instructive, emoțional-afective, comportamentale ca și hospitalismul, exprimă diverse forme de dezvoltare disarmonice ale personalității infantile-juvenile și a maturizării deviate pe parcursul unor conduite și atitudini ale relațiilor interpersonale.

O deosebită importanță pentru profilul personalității este stabilit de condiția inițială, chiar de la formarea zigotului, stadiile timpurii 0-1 și pînă la 3 ani, apoi cu distincte caracteristici psiho-motorii și ale dezvoltării psihocomportamentale în succesiunea etapelor de la 6-12 ani și în continuare la limitele de 18 ani. Semnificația unor importante dezvoltări psihologice și comportamentale ca și a unor distincte particularități bio-medicale în toată traiectoria vîrstelor și a condiției existențiale ale personalității.

Autogeneza este și cadrul esențial al dezvoltării și formării profilului personalității umane prin însușirea conduitelor socio-culturale specifice. În mod deosebit ea instituie și dezvoltă interacțiunile dintre persoana și grupul social, ca și mecanismele distincte și însușirea lor în contextul comportamentelor sociale. Astfel, psihosociologia genetică pune în evidență stadiile deosebite în dezvoltarea și formarea personalității, dezvoltarea intelectuală, motivațional-afectivă, conduitele voluntare și atitudinile moral-sociale. Întregul set caracteristic acestor însușiri este proiectat de varietatea informațiilor și a relațiilor de viață în care trăiește și se dezvoltă o persoană, ca personalitate distinctă.

Cercetările de psihologie socială și etnografică evidențiază atitudinile ce par atât de specifice rolului feminin de cel masculin și sînt puternic influențate de atitudine, deprinderi și trăsături de caracter, de tradițiile istorice și factorii socio-culturali a unor distincte populații.

Factorii ereditari și cercetarea lor în contextul examinărilor bio-medicale atestă desfășurarea pentru toți indivizii ca răspund de un întreg sistem de trăsături comune speciei și controlează maturizarea morfologică, biochimică și electrogenetică a sistemului nervos. Acest proces se desfășoară, în aceeași ordine pentru toți indivizii comuni speciei ce controlează factorii generali însoșiți în cedul lor genetic și în măsura în care se particularizează și diferențiază de către toți indivizii între ei. Ereditatea asigură unei persoane disponibilități potențiale care în condiții favorabile de mediu devin capacități efective. Se poate vorbi astfel de rolul eredității în activitatea psihică și aici decum despre o ereditate psihologică. Astfel, aspectele personalității pot pune în evidență componentele ereditare ale unei

persoane cum ar fi raportul extroversie-introversie, afectivitatea sau nivelul activismului general.

Factorii și componentele ambientale sînt numeroși și variați, putînd fi grupați după natura lor specifică și acțiunea lor în perioadele în care pot acționa. Astfel, factorii ce acționează asupra antecesorilor, a părinților ce influențează calitatea gameților, fără a afecta codul genetic, ceea ce acționează în perioadele dezvoltării embrionare, fetale și perinatale, ca și în etapele succesive postnatale. Pe tot parcursul existenței factorii organici, fizici, chimici, biologici, geografici pot întreține riscuri particulare, generale sau specifice. Există însă o constantă generală, durabilă, distinctă și foarte diferită ce aparține unui extrem de complex și variat set de factori cuprinși în particularitățile dinamice socio-culturale.

Dinamica ontogenesei poate fi cuprinsă în particularitățile neuromotorii, psihice și comportamentale ale fiecărei etape de vîrstă în procesul maturizării, etapelor peripubertare, ale perioadelor de vîrstă adulte și mature, cu procesualități inerente uzurii biologice și psihologice.

În contextul variabil și caracteristic acestor mutații biostructurale și ambientale această dinamică proiectează influențe și reciproce coparticipări ce dau traiectoria personalității distincte ale unei persoane. Această descendență de tradiție și moravuri aparține unui proces de antropocultură în care se promovează informații noi și valori, cu potențial de conflict, crize, devianțe sau opțiuni nerepetabile.

Proiecția maternă, dezvoltarea și educația dezvoltării copilului în familie, modelul de atitudini comportamentale și de înțelegere în etapele instruirii școlare, adolescența și afirmarea față de sine și ceilalți, opțiunile profesionale, maturizarea instinctuală, atitudinile și sentimentele moral-sociale, raportul familial, gradul de toleranță al handicapului și dificultățile existențiale în raportul interuman și comunitar, constituie de asemenea elemente de genă sau patobiografie comprehensivă cercetării și asistenței de psihiatrie.

SIMPTOMELE TULBURĂRILOR GENERALE DE ADAPTARE

LA MEDIUL DE VIAȚĂ ȘI ACTIVITATE

Comportamentul unei persoane poate exprima, în mod accidental sau permanent, dificultăți de acordare utilă la mediul său de viață prin manifestări anormale în condiții cum ar fi instruirea școlară, activitatea profesională, relațiile familiale, adică în situațiile de participare colectivă, care implică atitudini deliberate, conștiente și active.

Starea de abulie, de apragmatism, reacțiile coleroase și de impulsivitate pot constitui caracteristicile comportamentale ale unor persoane în relațiile lor de existență, fenomene aberante care, prin repetabilitatea sau intensitatea lor, stingheresc activitatea grupului din care fac parte, determinînd relații de tensiune și conflict.

Comportamentul abulic se caracterizează prin incapacitatea efectuării acțiunilor voluntare, acțiuni pe care persoana în cauză - prin integritatea funcțiilor intelectuale - le deliberează ca fiind necesare. Comportamentul abulic se manifestă ca simptom psihopatologic caracteristic în cazul psiasteniei (nevroză obsesivo-fobică) unde ezitarea între decizii și soluții contrare devine chinuitoare deși intenția și justificarea unei acțiuni este prevăzută și deliberată, pe fondul conștiinței clare, dar cu dispoziția de a ambivala între soluții diferite. Cel mai neînsemnat act al unei intenții solicită un efort penibil, însoțit de neliniște și anxietate. Apare o disociație între acțiunile obișnuite care se săvîrșesc aproape automat și cele noi care solicită o inițiativă în

baza unei hotărâri univoce.

Forma cea mai caracteristică de comportament abulic, în sensul general al cuvântului, este ilustrată de unii bolnavi afectați de melancolie, când conștiința lor este dominată de anxietate, durere morală și autoacuzare. Deși există preocuparea și tendința de săvârșire a sinuciderii, starea de abulie a bolnavului (în realitate de blocaj psihomotor anxios) nu permite realizarea ei în perioade de plin acces al bolii, sinuciderea devenind mult mai frecventă spre faza de ieșire din boală. Unele medicamente timoanaleptice, utilizate în tratamentul melancoliei și depresiei endogene (energo-euforizante) pot ameliora comportamentul abulic înainte de remisiunea anxietății, favorizând astfel sinuciderea, când bolnavul nu este asistat în mod corespunzător.

Comportamentul în mod stabil abulic, cu dificultate durabilă de încadrare prin inițiativă și conduită efectorie în activitatea productivă de orice natură, este caracteristic unei anumite personalități, cu o anumită structură tipologică constituțională care implică o corectă orientare profesională. Simptomul abulic se caracterizează psihologic prin perturbarea până la incapacitatea efectuării de acte sau acțiuni voluntare, apreciate deliberativ de persoana în cauză ca fiind conforme cu integritatea sa intelectuală și totodată, în raport neantagonic pe plan social cu trebuințele și motivațiile sale conștientizate. Procesualitatea psihologică a comportamentului abulic se poate desfășura de la delăsare și lenevie, până la o sindromatică psihiatrică manifestă de tipul indeciziilor obsesivo-fobice sau apragmatismelor. Comportamentul abulic constituie un simptom caracteristic al psihașteniei, nevroză obsesivă unde ezitarea ego-fobică între decizii și soluții contrare devine o ambivalență chinuitoare între acțiuni și inacțiuni, deși intenția și justificarea procesului volițional se dezvoltă pe fondul unei conștiințe clare. În aceste condiții ideo-afective morbide, anumite acte sau acțiuni sau chiar orice atitudine volițională, constituie un efort penibil, însoțit de neliniște până la anxietate, sau realizabil

doar printr-o complexitate de acțiuni derivate, de ticuri, ritualuri și controale efectuare.

În cazul psihozelor melancolice unde, spre deosebire de nevroze și psihopatii, discernământul (nivelul de conștiință) asupra propriei persoane și a interrelațiilor sociale este profund perturbat, comportamentul abulic constituie simptomul unei hipertimii anxioase cu durere morală autoacuzatoare până la orbire mintală și blocaj psihomotor. Indiferent de intensitatea hipertimiei psihotice anxioase sau a cauzei sale determinante, comportamentul abulic ascunde de obicei tendințe suicidare, cum motivațiile patologice expiatoare. Deși preocuparea de săvârșire a sinuciderii constituie o trăsătură de fond pe tot parcursul procesualității hipertimiei anxioase, realizarea actului funest este parțial blocată de masivitatea anxietății care induce comportamentul abulic, astfel încât raptusul suicidar se produce mai frecvent în faza de intrare sau de ieșire din accesul psihotic acut.

În aceste condiții medicația timoanaleptică (energo-euforizată) folosită în tratamentul stărilor depresiv-melancolice poate favoriza desfășurarea actului suicidar, așa cum am mai amintit prin reducerea blocajului psihomotor abulic, înaintea remisiunii anxietății de fond.

Toxicomaniile în general și forma cea mai răspândită-toxicomania etilică - fie că se dezvoltă pe un fond premorbid dizarmonic psihopatic sau crează secundar dezechilibrul personalității, pot provoca pierderea inițiativei, a capacității efectorii și renunțarea la scopurile social-morale utile, comportamentul abulic devenind astfel un obstacol pentru tratament și recuperarea socială a persoanei în cauză.

Alături de comportamentul abulic, cel apragmatic - exprimat prin imposibilitatea finalizării unor acțiuni - poate fi manifestarea constituțională a unei persoane cu o dezvoltare intelectuală normală, dar este și simptomul unor suferințe cerebrale exogene (toxice, infecțioase, traumatice sau alte procese), a perioadei de început a schizofreniei sau însoțește, într-o formă caracteristică,

tulburările de conștiință din alte diverse stări psihopatologice.

Exprimarea aberantă a comportamentului poate fi recepționată sub forma manifestărilor impulsive și a reacțiilor colerice care intervin brutal în cursul relațiilor interpersonale, provocând prejudicii morale sau corporale. Reacția impulsivă poate fi imprevizibilă la gravii deficitari mintali, la bolnavii psihotici și în demențe, constituind totodată un potențial paraxistic posibil în boala epileptică. Hetero- sau auto-agresiunea impulsivă marchează cu o frecvență deosebit de crescută comportamentul personalității dizarmonice psihopatice, datorită insuficienței de frânare asupra pornirilor instinctiv-emoționale și a hipogeneziei pînă la agenezie a sentimentelor moral-sociale.

Simptomele enumerate, ca expresie a comportamentului aberant exprimă în ultimă instanță tulburări de adaptabilitate la condițiile de viață de activitate.

Perturbarea atitudinii față de lume se poate manifesta printr-o diversitate de aberații comportamentale, dintre care unele pot amenința însăși existența fizică a persoanei în cauză.

Astfel, suicidul constituie un act grav și irecuperabil al existenței umane. El apare într-o frecvență medie de 2‰ după datele literaturii medicale - iar tentativele de sinucidere ar fi într-o proporție de zece ori mai mare.

Evaluarea semnificației actului suicidar se poate face prin criterii de analiză filosofică, etică, psihopatologică și socială.

Cercetarea, indiferent de poziția doctrinară, se va orienta întotdeauna asupra aspectelor semnificative care se înscriu în comportamentul suicidar și anume: conduita subiectivă și motivația care o realizează, alături de raportarea sa la realitatea obiectivă. Din moment ce suicidul se înscrie ca fenomen semnificativ în istoria societății, atitudinea față de comportamentul suicidar devine obiect de analiză factorială, avînd un conținut particular pentru psihologia epocii, determinat de cauze

materiale, morale și psihopatologice caracteristice. Contribuția doctrinelor sociologice deschide din acest punct de vedere noi perspective înțelegerii suicidului prin coordonatele istorice ale unui grup de populație. Ca intenție sau act realizat, suicidul rămîne însă expresia unei atitudini de singularizare determinată de un conflict a cărui durată, intensitate și condiționare este esențial subiectivă. Conflictul se realizează prin structurarea în propria conștiință a unor tendințe a căror răspunsuri stabilesc atitudini ce sînt incompatibile între ele și, în consecință, anulează capacitatea de a se realiza, prin perturbarea instinctului de conservare și a întregii personalități.

Observația directă ne-a confirmat caracterul distinct dintre suicid și ceea ce este de obicei calificat ca tentativă de suicid. Din datele noastre, structura frecvenței fenomenului prezintă aspecte semnificative. Am remarcat predominanța tentativei de suicid la sexul feminin (77%), care se menține constant la toate grupele de vîrstă. Suicidul realizat este mai frecvent întîlnit la bărbați (56%), dar această situație este confirmată de obicei la vîrsta adultă.

Compararea datelor privind frecvența în raport cu vîrsta arată predominanța mai expresivă a tentativelor de suicid la grupele de vîrstă între 15-30 ani (65%) și frecvența suicidului cu variații nesemnificative la grupele de vîrstă între 20-60 ani. Acest ultim aspect face dificilă înțelegerea numai prin prelucrarea datelor statistice a deosebirilor dintre tentativă și suicidul realizat.

Finalizarea comportamentului suicidar, raportată la mijloacele utilizate în acest scop, este în mod pregnant distinctă pentru cele două situații; în timp ce pentru tentativele de suicid predomină folosirea substanțelor medicamentoase și caustice, în suicidul realizat întîlnim o predominanță a mijloacelor mai periculoase prin efectul lor fizic. Datele statistice privind structura diverselor aspecte ale comportamentului suicidar nu pot fi tranșante, întrucît probabil, numeroase tentati-

ve cu conținutul motivațional propriu sinuciderii realizate, după cum unele sinucideri realizate sînt datorate concursului nefavorabil al unor circumstanțe.

Două aspecte ne par esențiale pentru evaluarea comportamentului suicidar: structura dezechilibrului psihic ca element potențial și motivul de circumstanță care determină realizarea actului.

Dezechilibrul psihic (de etiologie și formă extrem de variată) face parte din studiul comportamentului suicidar și se îndreaptă spre înțelegerea motivației conflictului subiectiv, exprimată distinct în modalitățile semiologice ale nosografiei psihiatrice și în reacțiile excepționale de atitudine ale normalității.

În realitate, apariția sentimentului de eșec, după un traumatism „largo-sensu”, provoacă un răspuns afectiv direcțional pentru comportament și modelează sau falsifică valența logică a personalității printr-o îngustare a câmpului de conștiință, agresivitate inhibată sau repliere în lumea irealului. Diversitatea situațiilor înscrise în comportamentul suicidar are semnificația semiologică a perturbărilor instinctiv-emoționale ale personalității, de analiză afectivă psihopatică și depresie reactivă, pînă la hipertimie dureroasă melancolică și demențe cu anularea instinctului vital.

Deși pare paradoxal, suicidul realizat se deosebește de tentativă, nu atât prin finalizarea actului, cît mai ales prin conținutul stărilor de conștiință, determinate de motivația conflictului, element distinct și cu valoare prognostică pentru structura dezechilibrului psihic.

Analiza cauzelor declarate în tentativa de suicid sau a celor incriminate în suicidul realizat, relevă deseori, caracterul lor surprinzător de simplu și de relativă valoare obiectivă.

Eșecul școlar, profesional, conjugal, implicațiile civile sau penale, determină reacții depresive cu semnificație moral-socială care pot avea o legătură de situație inteligibilă psihologic față de natura traumei psihice.

Tentativa de suicid pare lipsită, în asemenea cazuri, de înțelegerea sensului ireparabil al actului, ea este

identică în conținutul ei instinctiv-emoțional cu reacția de fugă, apărare sau agresivitate disimulată.

Circumstanțele concrete ale mediului de viață furnizează modalitățile de execuție ale actului. Există astfel o preferință selectivă pentru mijloacele blînde, cu prognostic vital dubios.

Reacția depresivă prezintă aspectul clinic de frică impulsivă și nu atinge pragul anxietății din durerea morală melancolică. Ea se exprimă printr-o intenționalitate dramatizată, transpusă în scrisori explicative sau vindicative, conversații telefonice care atestă lipsa atitudinii de incompatibilitate pragmatică.

Acestea sînt aspectele cele mai frecvente de impulsivitate instinctiv-emoțională întîlnite la personalitățile psihopatice care se decompensează într-o tentativă unică de suicid sau o repetă, dacă anumiți factori le favorizează sau le agravează dizarmonia caracterială.

Labilitățile caracteriale din perioadele pubertare, adolescență sau vîrstă de integrare în complexul interrelațiilor sociale, ne explică frecvența tentativelor de suicid la persoanele tinere sau la personalitățile cu dizarmonie psihotică. Intensitatea gravă a depresiei este cunoscută în cazurile de suicid eutanasic, ca urmare a suferinței somatice de lungă durată. În această situație, mijlocul de efectuare al actului este violent, construit și premeditat printr-o ruminare prelungită și o fixație obsesivă disimulată în comportamentul preaccusual. Gestul de anulare a existenței are semnificația unei incompatibilități care se identifică cu suferința somatică și prognosticul ei.

Forma gravă a comportamentului suicidar o găsim în melancolia anxioasă, cu strîmtoarea câmpului de conștiință și fixația unei monomanii de culpabilitate și autoacuzare. Dacă în perioada de stare bolnavul nu se găsește sub protecția spitalizării, formele disimulate pre- și post-accesuale au cele mai multiple posibilități de realizare a raptusului suicidar, insuficiența supravegherii și a tratamentului favorizînd totodată

săvârșirea neașteptată a suicidului. Depresia melancolică realizează în mod potențial și progresiv tendința univocă de anulare a existenței și constituie conținutul psihologic esențial al suicidului. Tanatofilia poate să apară de asemenea în cursul unor psihosindroame neuroendocrine, a procesului de îmbătrânire și îndeosebi în cursul narcofiliilor cu sau fără perturbarea psihotică a conștiinței. În toate aceste circumstanțe psihopatologice, suferința morală se transpune în modalități multiple de săvârșire a suicidului, cu un comportament care este dominat de motivația aberantă a suspendării existenței.

Pentru a institui o atitudine protectivă și de recuperare medico-socială, delimitarea în cadrul comportamentului suicidar a celor două categorii distincte, pe de o parte suicidul și tentativa de suicid și pe de altă parte conținutul cauzelor determinante, prezintă o valoare aplicativă. Ele se diferențiază clinic prin motivația și conținutul diferit al stărilor de conștiință care le determină. În funcție de aceste caracteristici, posibil de identificat prin examenul complex al personalității, se poate asigura o perspectivă eficientă pentru măsurile medicale și psihologice de asistență și reabilitare.

Tentativa de suicid și suicidul ca act patologic sînt semnalate de simptome, acțiuni sau atitudini premotorii, exprimate cel mai adesea în mediul de existență al persoanei în cauză. Identificarea acestor atitudini în comportamentul de ansamblu al unor cazuri psihopatologice sau reactive aparține atât personalului medical, cît și oricărei persoane care poate participa activ la aplicarea unor măsuri de prevenire și salvare.

Automutilarea, ca și comportamentul suicidar, are aceeași semnificație psihopatologică privind instinctul de conservare și este întâlnită în diverse situații psihiatrice: autotomia (secționarea mîinii, degetar, urechii, nasului, organelor genitale) poate fi consecința

unui raptus coleric sau pasional la un psihopat cu o stare reactivă, la toxicomani în criză de necesitate sau coșmar oniroid sau a psihozelor halucinatorii.

Autocastrarea poate avea o motivație mistică, sub acțiunea unei inducții psihologice, la unii sectanți, dar se întâlnește și în unele cazuri de depresie reactivă la homosexuali sau în schizofrenii.

Tulburările comportamentului sexual. Comportamentul sexual constituie o expresie dinamică psihofiziologică pe tot parcursul existenței individului, din biologia diferențierii sexuale cunoscîndu-se de asemenea că determinismul singamic al sexului nu este o fatalitate. Omul gonoceric (cu sexe separate) are un dismorfism sexual accentuat, fecundația directă și internă, monoovulară, monospermatică, iar determinarea sexului este cromozomială, cromatina sexuală, care poartă „pecetea sexului”, fiind expresia morfologică a gradului de sexualizare.

Reglarea instinctului și comportamentului sexual se face de centrii subțalamici și scoarța cerebrală.

Centrii comportamentului sexual sînt ambisexuali ca și gonadele, iar centrii corticali ai comportamentului sexual acționează asupra centrilor neurovegetativi sau gonadotropi ce intervin în diferite etape ale dinamicii sexuale. Procesele de integrare a comportamentului sexual prin care se evidențiază reglarea psihologică, cuprind centrii comportamentului sexual, al influxurilor aferente, somatomotorii și neurovegetative, cortexul avînd sarcina de a integra toți acești stimuli și a comanda efectuarea proceselor ce necesită intervenția diferiților centri. Anomaliile instinctului sexual se pot localiza la diferite nivele de integrare neuro-endocrină, cuprinzînd hipersexualitatea, devieri auto-, hetero- sau homosexuale.

Tulburările comportamentului sexual recunosc în majoritatea cazurilor o disociație între sexualitate și erotism, care se îmbină armonios în personalitatea respectivă, sexualitatea trecînd pe primul plan, uneori

pe un teren hipodiferențiat în sensul sexului propriu. Ca etiologie, pot fi consecința unei aberații genitale, boli endocrine cu morfogeneză normală și echilibru hormonal variabile, leziuni cerebrale de origine toxică sau traumatică, suferințe medulare, intoxicații endogene, psihoze și dizarmonii constituționale ale personalității.

Comportamentul sexual aberant este ilustrat prin devieri ale actului sexual, privind obiectul și scopul realizării (perversiuni sexuale) și prin tulburări ale capacității de realizare (inhibiție sexuală, impotență, frigiditate, hipersexualitate). Inhibiția sexuală sau, mai rar, anerotismul, se pot datora unor anomalii ale organelor genitale, boli organice (medulare, cerebrale, endocrine) sau pot fi de sursă psihogenă.

Frigiditatea poate fi consecința unor cauze biogene: infecții anexiale, leziuni vulvo-vaginale, malformații etc. sau a unor cauze psihogene. Frigiditatea se manifestă prin absența plăcerii erotice și uneori chiar prin repulsie față de actul sexual, deși funcțiile ovariene și gravitatea nu sînt afectate. Frigiditatea poate fi totală cu inhibiția motricității (absența secreției și a contracțiilor normale în orgasm) sau cu o inhibiție incompletă (frigiditate parțială cu anestezie vaginală și insensibilitate clitoridiană). În dispareunie, frigiditatea este întreținută de senzația dureroasă resimțită în timpul actului sexual, ca și în vaginism cînd durerea se însoțește de spasme ale vaginului. Desecori frigiditatea femeii are un caracter pasager și este selectivă în raport cu partenerul, datorită unei psihoplasticități întreținute de o motivație subiectivă.

Impotența sexuală masculină se caracterizează prin tulburări ale apetenței sexuale, ale erecției și ejaculării. Ea poate fi nuanțată după circumstanțe prin prezența erecției, dar cu ejaculare rapidă sau absența ei, prin absența apetitului sexual sau a erecției, sau impotența totală cu lipsa apetitului erotic și a erecției. Impotența poate fi parțială și pasageră, datorită emotivității, stărilor de surmenaj și depresie, sau să constituie o deficiență durabilă în bolile organice și tulburările

genetice.

Perversiunile sexuale raportate la condiția partenerului sînt multiple, astfel cităm: sodomia sau bestialitatea (perversiunea sexuală în care rolul partenerului îl deține un animal) - întîlnită mai mult în cazurile de deficiențe mintale grave; pedofilia sau pederastia - relația sexuală în care partenerii sînt copii; fetişismul - plăcerea sexuală obținută prin vederea sau atingerea unor segmente ale corpului partenerului sau chiar obiecte și vestimente care-i aparțin; necrofilia - perversiunea care constă în alegerea cadavrelor ca obiect sexual; homosexualitatea este perversiunea care constă în alegerea unui partener de același sex și poartă denumirea de saturnism sau uranism la bărbați și lesbianism sau tribadism la femei.

Scopul comportamentului sexual devine aberant în unele perversiuni sexuale ca: exhibiționismul - plăcerea erotică de a-și arăta în public organele sexuale este întîlnită la unii psihopați, în stările de excitație maniacală, schizofrenie, senilitate și demențe; voyerismul constă în procurarea plăcerii erotice prin spectacularea relațiilor sexuale săvîrșite de alții; sadismul este perversiunea prin care se caută plăcerea erotică în suferința fizică sau morală produsă partenerului; masochismul asociază plăcerii erotice durerea provocată de partener.

Aspectele patologice ale comportamentului sexual prezintă multiple implicații severe prin efectele morale, sociale negative, infracționism și consecințele biologice dăunătoare. Cunoașterea lor sub aspectul medico-psihologic și criminologic se impune pentru aprecierea delictelor sexuale și instituirii măsurilor de profilaxie și tratament.

Aspectele patologice ale comportamentului sexual prezintă multiple implicații severe prin efectele morale, sociale negative, infracționism și consecințele biologice dăunătoare. Cunoașterea lor sub aspectul medico-psihologic și criminologic se impune pentru aprecierea delictelor sexuale și instituirii măsurilor de profilaxie și

tratament.

Delinvența patologică reprezintă desigur aspectul cel mai ilustrativ al efectelor sociale determinate de comportamentul aberant. Deși există tendința de a formula sub aspect teoretic și pragmatic relativitatea atât a noțiunii de delinvență cât și cea a aspectului ei patologic, noi considerăm că factorul subiectiv are o deosebită valoare în studiul delinvenței în general și al relațiilor dintre comportamentul aberant și actele antisociale în particular. Unele poziții teoretice sociologice pot pune în evidență caracterul relativ al delinvenței, întrucât ea nu există decât atât timp cât există și legea penală - ori aceasta diferă prin coordonatele de timp și spațiu ale societății. Unele doctrine morale critice aspectul aparent paradoxal al unei societăți care ar promova delinvența tocmai prin mai perfectă sa organizare, oferind astfel prilejul mai frecvent de încălcare a normelor statuate. Opiniile biologizante asupra fenomenului infracțional au formulat tendința de a-l subordona unui criteriu de predestinare rigidă, în dauna factorilor din ambianța psihologică și socială care pot interveni ocazional sau, dimpotrivă, prin acțiunea lor negativă înțrețin delinvența în mod durabil. Valoarea doctrinară a unor asemenea puncte de vedere prezintă desigur interes în măsura în care ele contribuie la cunoașterea unor aspecte particulare din ansamblul fenomenului infracțional.

Acceptând în mod dialectic atitudinea față de normativitate ca o conduită de integrare liber-conștientă a individului în relațiile sociale, corespondentă comportamentului normal, trebuie să recunoaștem și caracterul determinant al comportamentului patologic antisocial. Această precizare apare ca necesară întrucât comportamentul aberant, ca și delinvența, nu sînt ilustrate cu exclusivitate prin boala psihică însăși, ci în primul rînd prin situații care favorizează apariția unor stări psihopatologice tranzitorii, delinvența patologică constituind totodată cea mai expresivă ilustrare de conflict calitativ față de cadrul relațiilor de viață, prin decompensare comportamentală.

SINDROAMELE PSIROPATOLOGICE

Toate tulburările psihice supuse examinării clinice ce pot fi constatate și descrise constituie simptome și sindroame.

Simptomele ce pot fi asociate unor relații comune, cu manifestări caracteristice și repetabile se descriu sub formă de sindroame psihopatologice.

Sindroamele psihopatologice susțin și orientează gîndirea clinică în capacitatea stabilirii diagnosticului prin examinări biomedicale complexe și terapeutice.

Dinamica unor sindroame psihopatologice poate exprima dezvoltarea și succesiunea lor, după cum face posibilă apariția lor progresivă și de terminare sau trecerea de la un sindrom la altul și de tranziție. De asemenea în cursul unei evoluții clinice se pot constata concomitența a mai multor sindroame. Un același sindrom psihopatologic poate fi stabilit însă și în diferite alte boli.

Descrierea și precizarea sindroamelor psihopatologice servește cunoștințelor clinic și particularităților lor.

Identificarea etiologiei rămîne o constantă medicală, după cum examinarea sindromologică poate servi de criteriu al clasificărilor clinice și multidimensionale în psihiatrie.

Varietatea sindroamelor psihopatologice descrise și clasate este diferită și le putem descrie pe cele caracteristice ce servesc examinărilor clinice.

SINDROMUL NEURASTENIC este dominat de astenie psihică și fizică, ca atare durabilă de oboseală fără apariția unor eforturi sau solicitări, cu scăderea capacității de fixare și evocare, a atenției voluntare sau a unor relații mai complexe. În acest context se produce o stare de iritabilitate cu incapacitatea stăpînirii

afectelor și a mimicii comportamentale. Apar reacții și contrarietăți sau conflicte cu izbucniri, minie sau plins. Solicitățile unor stimuli subliminari pot provoca intoleranțe hipereestezice.

Astenia și instabilitatea se însoțește de cefalalgii caracteristice ce difuzează pe suprafața craniană sau cervicală sub forma tipică de „durere în cască” cu localizări difuze și cenoestopatii.

Insemniile, ritmul de somn și veghe tulburat, întrețin constant astenia predominant matinală, aparența stării de disconfort la instituirea somnului, ce exacerbează adormirea. Acest ritm a fost descris ca „cercul vicios al nevreticului”.

Sindromul neurastenic are un mare grad de nespecificitate, cu tulburări polimerfe ce necesită distinse și complexe examinări biomedicale pentru precizarea diagnosticului. El se poate însoți de tulburări obsesive-fobice, hipocondriace și depresive.

Diagnosticul prin examinări complexe care se referă la neomisiunea unor boli cum sînt: intoxicațiile, infecțiile, boli somato-viscerale și endocrine-metabolice, psihoze organice și cele endogene, mai ales în stadiile de debut și cele de remisiune.

SINDROMUL OBSESIVO-FOBIC, este manifest și în mod dominant de febrile, stări obsesive și compulsive în forme și asociere variată.

Simptomele febrile și obsesive participă expresiv la tabloul clinic din melancolie sau ca agravare în psihepatia psihastenică, debutul schizofreniei, sau manifestările episodice în epilepsie, stadiul inițial al hipertensiunii arteriale cînd predomină tulburările febrile, ca tanato-febia.

SINDROAMELE HIPOCONDRIACE

Dominanța convingătoare și persuasivă asupra unor suferințe sau modificări organice, cu efecte corporale sau psihice durabile și chiar incurabile dar lipsite de obiectivare caracterizează sindroamele hipocondriace.

Ele pot avea aspectul de idei obsesive, prevalența sau delirante și întrețin anxietatea hipocondriacă, numeroase cenoestopatii și atitudini iatrogene ce pot aparține unor suferințe nevrotice, psihotice și somato-viscerale.

După formele de manifestare a hipocondriei se pot descrie:

- Sindromul asteno-hipocondriac cu dominanța astenică a fricii de boală sau alimente, cu tulburări vegetative și cenoestopatii. Se dezvoltă de obicei în neurastenie, astenii prin suferințe organice sau psihoreactive, melancolie și formele de debut în schizofrenie.

- Sindroamele obsesive-hipocondriace manifestate de obsesia sau teama de îmbolnăvire, nosofobice sau altele cum sînt: cancerofobia, SIDA fobică, sifilogobia și altele.

- Sindromul depresiv hipocondriac în forma depresiilor hipertimice, de involuție sau cele prin suferințe organice.

- Sindromul paranoic hipocondriac manifest prin delirul de interpretare prin care se ajunge la convingerea unei contaminări sau eroare de tratament ce dezvoltă un delir de persecuție și procesivitate revendicativă.

SINDROMUL ISTERIC se constituie și se manifestă în mod dominant ca simptome complexe ale senzorialității, ale motricității, gorbirii sau ale funcțiilor vegetative și viscerale și ale psihismului.

Forma sa de manifestare prin tetralism, demonstrativitate este totală și rapid reversibilă cu marcată variabilitate ale atitudinilor de contrarietate și opoziție sau prin imitații și sugestibilitate.

Manifestările reactive psihogenetice ale sindroamelor isterice sînt deosebite de simptomele ce par asemănătoare dar atipice, în cadrul unor sindroame organice. De aceea simptomatologia sindroamelor isterice este variată și înșelătoare și solicită examinări atente și complexe.

Ea se poate manifesta prin crize excito-motorii, paralizii, anestezii, tulburări de fonafie și neuro-vegetative. După cum se poate manifesta prin foarte variate tulburări psihice sub formă de stări crepusculare, amnezii, fugi impulsive și necontrolate. Sindromul Ganser, particularizează o stare isterică crepusculară însoțită de răspunsuri exagerate, nescredibile și absurde sub formă de „răspunsuri alăturate”, lipsită de conștiința relațiilor obișnuite, dar săvîrșite invers sau îndoielnic.

Răspunsuri și acțiuni alături de cele reale dar cu aparența unei stări mnezice și intelective deficitare, se poate constata și în sindromul de pseudodemență Wernicke.

Sindromul isteric se poate exprima clinic în mod diferit în simptomatologia nevrozei isterice, în psihopatia isterică după psihotraume minime, ca istero-epilepsie prin tulburări interaccusuale de personalitate în sechelele encefalitice și în orice suferințe neuronale sau viscerale, generale sau locale ce pot însoți simptomele de manifestări isterice.

SINDROAMELE PSIHOPATICE -deși diferite și variate sînt caracteristice instabilității personalității, al trăsăturilor sale constant dizarmonice și dezechilibrului față de conduitele și atitudinile față de propria persoană și relația sa cu ceilalți.

Simptomatologia lor generală apare prin tulburări pulsionale, perturbări emoționale, instabilitatea anormală a dispozițiilor lor emoțional-afective, suspiciozitate și supraevaluare a propriei persoane, agenezia sentimentelor moral-sociale, cu indiferențism și rigiditatea atitudinilor. Aceste trăsături generale și structurale durabile, caracterizate egofile, sînt distincte și diferite de psihoze ce pot fi grupate în tipuri clinice după dominantă manifestărilor lor.

Stările pseudopsihopatie sau psihopatoide dezvoltă trăsături dizarmonice de personalitate după suferințe traumatice craniocerebrale, encefalitice, toxicomane sau alte suferințe cerebrale. Ele sînt deosebite de debutul unor psihoze endogene sau organice.

SINDROAMELE AFECTIVE

Simptomele tulburărilor afective sînt în expresia lor clinică dominate de mame și de creșe.

SINDROMUL MANIACAL este descris prin o stare de euforie, fugă de idei și creșterea activității generale, în asociație cu reacții interpretative nesistematizate, a unei stări de bine general sau exaltare și tulburări de somn prin hiperactivitatea conștientă.

Sindromul maniacal se poate înfățișa în evoluția sa clinică în mai multe forme și anume:

- **Hipomania**, ca simptomatologie maniacală în general atenuată și tolerabilă;

- **Excitația maniacală** obișnuită sau simplă în forma sa clinică descrisă.

- **Mania confuzivă** cu dezorganizarea, incoerența gândirii și a activității și se poate asemana cu amentia. Formele sale simptomatice se manifestă uneori prin supraadăugarea negativă a unor factori exogeni la trăsături dominante endogene.

- **Furia maniacală**, cu agitație, obnubilarea conștiinței cu trăiri oneroide, refuz alimentar, hipertermie, ce poate evolua cu hiperazotemie, ce constituie sindromul delirului acut, ca urgență clinică.

Sindroamele maniacale se pot exprima sub raport medical ca fază maniacală a psihozei maniacale depresive, diverse boli cerebrale ca sifilisul meningo-vascular, meningo-encefalita cronică difuză sifilitică, traumatisme cranio-cerebrale, tumori ale unor zone cerebrale și cu alte tulburări psihice legate de maternitate, forme de anemie severă.

Sindroamele maniacale mai pot evolua în numeroase suferințe viscero-și endocrino-metabolice și în cursul unor tratamente cu cortizon, ACTH, hidrazidă, cicloserină,

SINDROMUL DEPRESIV are ca simptomatologie dominantă stare de inhibiție psihomotorie, dispoziția depresivă, lentoarea și înăstătinarea proceselor de gândire.

Pot fi descrise diferite forme clinice și anume:

- **Depresia simplă** ce se exprimă dominant prin starea de inhibiție a activității.

- **Depresia stuporoasă** caracterizată de starea de stupor deosebit de marcată intensitate;

- **Depresia anxioasă** dominată de o stare de neliniște și de o severă frică și îndoielă pînă la intensitatea durerii morale.

- **Depresia delirantă** se referă la tipica melancolie cu patologică interpretare, dominată tematic de neputință, vinovăție imputabilă, fixații hipocondriace.

- **Sindromul Cetard**, ca formă particulară a depresiei delirante este exacerbată de ideea negării funcțiilor sale proprii, a propriilor organe și în ansamblu a propriei sale existențe, a

rudelor, ale altor persoane și uneori a întregii lumi, cu un delir de enervitate și chiar de imortalitate.

Sindroamele depresive sau în mod mai general, depresile, pot fi ordonate după dominanța lor, în:

- depresii endogene ce se disting în cadrul psihizei manice-depresive sau ale melancoliei periodice menepelare;
- depresii psihogene, ca depresii nevrotice și de epuizare, depresii psihoreactive;
- depresii prin procese ale vîrstelor înaintate și de involuție;
- depresii simptomatice ca manifestări în mod complex asociate unor suferințe somato-viscerale, neuroendocrine, cu tulburări din cursul sarcinii și leuzisii, în toxicomanii, în stările postinfecțioase, schizofrenii, sindroame psihoorganice și unele tratamente cu steroizi, reserpina.

SINDROAME DE AGITAȚIE PSIHOMOTORIE

Aceste sindroame sînt caracterizate prin tulburări ale supratensionării funcțiilor psihice cu exteriorizări motorii și verbale. Ele sînt denumite sindroame de excitație psihomotorie.

Starea de agitație definește întotdeauna o tulburare în amplitudini pulsionale, instinctuale și emoțional-afective necontrolate voluntar, însoțite de stări halucinator-delirante, în diverse grade de destructurare a conștiinței, instituită de factori psihotraumatizanți în cadrul și manifestările psihogenilor.

Excitația psihomotorie se poate exprima doar în nerăbdare, creșterea tonalității vocii, nerăbdare cu păstrarea coerenței acțiunilor. În situații de avansare a acestor manifestări se constată o surescitare a ideii, exacerbară imaginației și memoriei, stare de mobilitate emoțional-afectivă și motorie, gestualitate mimică exagerată pînă la violențe. În forma cea mai gravă apare absența coordonării motorie și agitație incoherentă. În contextul clinic starea de agitație și excitație pot fi pasagere și intermitente sau accidentale și durabile.

Simptomatologia stărilor de agitație și a componentelor particulare descrise poate distinge aspecte deosebite:

- Stări de excitație și agitație de natură dominant bioergică

agită cum sînt:

a) Intoxicațiile cu substanțe ce instituie progresiv sau rapid stări de excitație și agitație ca: bioxidul de carbon, eterul, beladona, hașișul, derivate de canabis indica, acidul lisergic. Intoxicațiile alcoolice prin exces sau sevrăj, ce pot ajunge la delirium tremens și se manifestă prin stări psihomotorii confuzionale sau alte agravări clinice.

b) Unele medicamente folosite ca: hidrazida, amfetaminele, cicloserina, antidepressivul tricloicic ce instituie excitație și agitație, însoțite uneori de alte tulburări psihoproductive.

c) Tulburări toxice-infecțioase cu agitație psihomotorie, confuzive și halucinații, cu raptusuri menționate în mod deosebit în formele de delir acut.

Numeroase alte tulburări neurologice cu deosebite manifestări asemănătoare în: sechelele traumatismelor cranio-cerebrale, abcesul cerebral, tumori cerebrale sau disoluții neurologice cu episoade variabile de convulsii localizate bravis-jacksoniene sau în boala Parkinson (paralizie agitantă).

d) Secul medical sau chirurgical la reacții emoționale sau bio-organice cu excitație sau agitație psihomotorie.

- Stările de excitație și agitație psihomotorie ca manifestări simptomatice în unele boli psihice cu evoluții durabile.

În aceste categorii clinice se pot descrie:

a) Epilepsiile esențiale sau secundare - în stare critică sau postcritică.

b) Accesul maniacal

c) Bufele delirante în debilitățile mintale-cu stereotipia agitației psiho-motorii.

d) Stările demențiale cu stări de agitație

e) Delirurile orenice la, personalitățile cu dezvoltare și evoluții sistematizate - paranoide.

Manifestările clinice de excitație și agitație psihomotorie dețin caracteristici deosebite, cum ar fi cele de: agitație, anxioasă, excitație coleroasă, pasională, halucinatorie sau demonstrativ teatrală.

Descrierea clinică a formelor caracteristice ale agitațiilor psihometriei ia în considerare, debutul lor brusc sau progresiv, condițiile lor de instituire (abuz toxic, medicamentos, stress), gradul de luciditate, antecedentele personale, existente sindromului febril sau alte antecedente clinice semnificative.

- Stările reactive afectogene

Fază de toate stările de excitație sau agitație psihometriei alături și stările reactive emoțional-afective cu parexiamele lor pasionale (cu diferite surse de motivație). Manifestările lor se exprimă prin tulburări vegetative (variații tensionale, transpirații, tremurături, paleare sau cengestie). După gradul lor de intensitate aceste sindroame sînt descrise ca psații acute de ses.

SINDROMUL CATATONIC

Este un complex predominant de simptome cu tulburări ale activității motorii și psihice. Se poate exprima în forme diferite ca: stupeare catatonică sau de kinexie, fie sub forma de agitații catatonice sau de hiperkinexie. Starea clinică caracteristică acestor sindroame este: cataplexia sau flexibilitatea cearcă, negativismul, stereotipiile și diverse atitudini de imitație patologică. Starea de conștiință poate fi nealterată sau poate fi modificată prin stări oniroide.

Sindromul catatonie se poate institui în schizofrenie în diferite forme de evoluție, sau dominant ca formă clinică a schizofreniei catatonice sau sub forma schizofreniei catatonice în forma periodică.

Ca alte forme clinice mai sînt descrise:

- Catatonie mortală sau cu pericolozitate vitală cu debut brusc, delir, halucinații și tulburări vegetative exprimate prin raptsuri de agitație psihometrie și tendințe autodistructive, agravate de negativism alimentar, febra, deshidratare și cianoză. În stadiile grave sau de risc vital apar tulburări de conștiință și stupeare, probabil prin surse, exogenă.

- Catatonie tardivă prezintă forme clinice diferite, în care dominanța catatoniei se poate asocia la dispoziții alternative de depresie sau expansivitate comportamentală, în care prognosticul rămîne rezervat și poate aparține fie demențelor prezenile, fie schizofreniei.

Sindromul catatonie poate să apară în diverse situații clinice prin impregnare neuroleptică, boli infecțioase acute (colibaciloză, febra tifoidă, gripa, septicemie), prin suferințe de lungă durată, sifilis meninge-vascular, traumatisme cerebrale, demențe și în unele tumori.

SINDROMUL NEUROLEPTIC

Produsele neuroleptice, ca efect secundar al folosirii clinice, constituie o stare adaptivă prin tulburările lor neurologice, psihice și vegetative.

Tulburările neurologice se instituie prin simptomele de tip extrapiramidal (parkinsonism neuroleptic) cu hipertonic musculară, tremurături, hiperkinexie, hipemimie și exagerarea reflexelor de postură. Mai pot fi asociate fenomene variate diakinetice de tipul elenilor și spasmele musculare intermediare și al contracturilor și posturilor anormale. În raport de teritoriile afectate se descriu tablouri clinice variate, intensitatea și modul lor de grupare, ca și permanenta sau intermitenta manifestărilor clinice.

Administrarea produselor antiparkinsoniene se face cu anti-colinergice (Remparkin, Artan) pansitropine (Cagerdin) și din grupa dopaminergicelelor, amantadina (Simmetrel, Viregyt).

Tulburările vegetative apar prin hipotensiune (Ortestatică), tahicardie, diminuarea secrețiilor, scăderea motilității intestinale, scăderea capacității de acomodare oculară, cengestie a mucoaselor nazale și promptitudinea răspunsului vezical. Ele sînt asociate alter manifestări clinice ca amețeli, lipotimie ortostatică, palpitații, uscăciunea mucoaselor și pielii, inapetență, cengestopatii, dificultăți de micțiune (pînă la retenție vezicală și tulburări de vedere).

Tulburările psihice se manifestă prin somnolență, scăderea inițiativă, indiferențe emoționale, nevoia imperioasă de continuă deplasare (tahikinezia) și tensiunile psihice cu un neastîmpăr motor (akatozia).

Sindromul neuroleptic nu este o entitate clinică unitară, cu forme clinice variate în raport de momentul și modul instalării, intensitatea și durata sa, gravitatea și prognosticul acestor tulburări. Astfel se pot descrie diferite forme:

- manifestări secundare de scurtă durată cu stări vegetative și somnolență ce apar la începutul cursului neuroleptic și dispar

aportan la reducerea sau toleranța dozelor.

- manifestările secundare de lungă durată ce apar variate, neurologice, vegetative și psihice, cu semne vizibile de impregnare neuroleptică cu facies imobil și inexpressiv, postura flectată și rigidă, verbire menepenă, mers cu pași mici, clipit rar, lipsa unei balanșări a membrilor lângă corp, cu aspect și înfățișare de robot.

Sînt asociate tremurături ale extremităților, tulburări vegetative și psihice cu tulburări diskinetice intermitente.

Aceste simptome apar la creșterea dozelor, pot dispărea în câteva zile sau săptămîni, chiar și la întreruperea neurolepticilor sau se atenuează ca rezultat al toleranței medicamentelor.

Sindromul neuroleptic acut (distonia sau dischinezia acută), apare brusc, la scurt timp, în lipsa medicației protective și a întreruperii ei accidentale. Simptomele au un caracter dramatic ce impune urgența terapeutică. Se manifestă prin tulburări extrapiramidale variate cu stări diskinetice intermitente și posturi anormale și grețoși, mărețată senzația de disconfort și anxietate. În mod obișnuit se pot prezenta sub forma de crize oculogire, devieri conjugate sau divergente ale globilor, blefarspasm, protruzia limbii, eleinii și distorsiuni ale buzelor, contracții glasefaringiene și musculaturii respiratorii, disfagie, dizartrie și uneori stridare laringiană și cianoză. Pot fi prezente și terțicelii, epistetanus, poziții scoliotice, lerdetice sau de flexie a trunchiului, spasme musculare și posturi de hiperpremație ale extremităților.

Tratamentul se face de preferință și urgență pe cale paratrală cu Diasepam, și la nevoie cu anticolinergice (Cogentin), Roparkin, anticolinergice (Simmetrel, Verigyrt) pe cale orală.

Dischinezia tardivă (DT) se manifestă prin tulburări motorii involuntare de tip diskinetic cu contracturi și clonii musculare, ticuri, mișcări cereiforme și atetozice, hemibalism cu multiple localizări ce apare uneori mai tîrziu, în cursul tratamentului neuroleptic și după trei luni. Aceste tulburări pot însă dispărea treptat după 3-6 săptămîni, alteori pot persista și 3-12 luni, sau ca o formă sechelară persistentă. Se discută o vulnerabilitate individuală ca relativă hiperactivitate dopaminergică sau o favorizare prin doze crescute de neuroleptice.

Diagnosticul diferențial al dischineziilor tardive (DT) se fa-

ce cu toate tulburările caracteristice mișcărilor involuntare în cazul tratamentului neuroleptic. Cereca Sydenham, marea Wilson cu debut psihic și sindromul Tardet, tulburări extrapiramidale ce pot apărea la schimbări și creșterea dozelor, administrarea de produse dopă. Se pot diferenția clinic unele maniere și stereotipii în evoluția de durată în schizofrenie, stările post encefalitice, tumori ale talamusului și gangliilor basali, intoxicații cu săruri de litiu, fenitoină, amfetamine, leve-depa.

Nu poate fi apreciat un tratament specific, dar se recomandă întreruperea neurolepticilor, ameliorarea utilizării de Diasepam, Clonazepam, și cu prudență rezerva antiparkinsoniene, care uneori pot agrava simptomatologia.

Sindromul neuroleptic malign (SNM) se exprimă prin rigiditate musculară, akinezie, hipertermie, tulburări ale funcțiilor autonome (tahipnee, tahicardie, oscilații tensionale), tulburări de conștiință, deshidratare, leucocitoză, nivel crescut al fosfocreatinkinazei serice. Evoluția este gravă, ca o complicație a tratamentului neuroleptic, mai mult decît o manifestare secundară nedorită. Apare neașteptat, în orice perioadă a tratamentului, cu dezvoltare rapidă ce nu se oprește chiar la întreruperea neurolepticilor.

În cadrul diagnosticului diferențial sînt luate în considerare complicațiile în cursul neurolepticilor, ale tulburărilor organice cerebrale acute (infecțioase, toxice, alergice, vasculare, traumatice), hipertermia și reacțiile distonice severe.

Asistența clinică este de urgență prin întreruperea neurolepticilor, reechilibrare hidro-minerală, diminuarea febrei și susținerea funcțiilor vitale.

Se-au tentat rezultate favorabile cu Bromocriptină, Dantrolene, și evitarea deshidratării.

Sindromul Korsakov

Descrierea clinică sub numele de sindrom Korsakov, sau amnezia, se manifestă sub impresia unui comportament obișnuit cu posibilitatea unor observații și participări firești, dar se constată după o perioadă de timp, apariția unei amnezii de fixare. Astfel, pacientul nu poate realiza dacă a discutat sau citat ceva ce a făcut. Această amnezie anterogradă datorată tulburărilor de fixare se asociază și pierderii retrograde a amintirilor avute, ce privesc

experiențele sale mai vechi. În aceste condiții apar dezorientări tempore-spatiale și false recunoașteri.

Acestui sindrom le sînt caracteristice confabulațiile de caracter și conținut diferit care se substituie golului său de memorie. Ele pot deveni fantastice și bogate, mai ales dacă sindromul amnesic se succede unei perioade de delir oniric, iar în cazurile mai frecvente unor evenimente și amintiri vechi, pevestite însă deseori inexact, ca evenimente recente. Confabulațiile amnestice pot fi sugerate sau schimbate prin sugestie.

Psihosa alcoolică pelinevritică a fost descrisă de S.S. Korsakov, nefinșată inițial de pelinevrită, iar ulterior a fost descrisă acest sindrom și alter tulburări clinice: ca alcoolismul cronic, diverse intoxicații acute, traumatisme cranie-cerebrale, infecții, tumori ale regiunilor mamilare și hipotalamice, demențe senile.

- Sindromul expansiv confabulator sau confabuleza este descris în tifosul exantematic și apoi în alte boli infecțioase, traumatisme cranie-cerebrale și se manifestă prin confabulații și idei de mărire și expansive preizotate însă confabulator, în trecut. Acest sindrom apare cu tulburări de memorie minime și pe fondul conștiință clară.

SINDROAMELE HALUCINATORII ȘI DELIRANTE

Descrierea clinică a unor sindroame halucinatorii arată particularități psihopatologice de aspect diferit, în diverse tulburări psihice dominante sau asociate și alter manifestări delirante.

SINDROMUL CHARLES BONNET se manifestă prin halucinații vizuale, de aspect mirescopic, macrescopic, metamorfic, kinetice, pe la persoanele de vîrstă înaintată, fără evidente tulburări mentale ce ar putea stabili existența unor leziuni oculare. Din punct de vedere categoric de sindroame descrise nu fac parte acele cu tulburări prin deprimare senzorială și nici halucinații oftalmice.

HALUCINOZA exprima prezența unor halucinații privite critic.

Ea se manifestă prin halucinații auditive ca acceam, amenințare sau injurii ce dialoghează cu intenții agresive

sint verbite la persoana a treia. Ele sînt însoțite de un delir de mărire sau de persecuție care sînt consecințe explicabile a unor tulburări de percepere și apar caracteristic în alcoolismul cronic ca halucinoza alcoolică Wernicke, iar în sifilisul nervos ca halucinoza Plant.

SINDROAMELE DELIRANTE reprezintă tulburări de gândire ce sînt în opoziție cu realitatea, exprimate deformat față de viața și convingerile sale anterioare și normale sau convingerile grupului socio-cultural al unei persoane. Aceste trăiri exprimă convingeri ce sînt neștiințate și rezistente sau ireductibile la argumentarea logică, la explicații probate sau persuasiuni. În același timp persistă incapacitatea de a le recunoaște caracterul lor eronat și dispoziția să impună cu o dominanță susținere.

Aceste sindroame sînt implicate în întregul psihism ce modifică comportamentul subordonat unor teme dominante și neînțelese, sau incompreensibile pentru ambianță. Ele concentrează belnavul în tematica sa delirantă, ce poate fi comunicată sau transmisă și alter persoane, prin inducție psihetică delirante pe cale reciprocă sau selectivă.

Ideile delirante se pot desfășura pe fondul de conștiință clară, delirul lucid, sau în diferite grade de modificări ale vigilenței ca în sindroamele confuze-delirante.

Delirul lucid este descris predominant în psihozile endogene, iar stările confuziv-delirante sînt frecvente în psihozile acute eronice, în delirul febril sau infecțios.

Pot fi descrise în raport de tematică delirurile de mărire, autoacuzare, mistice, de influență sau persecuție și urmărirea, de relație, de prejudiciu, de investiție și de interpretare.

După structură și caracterul lor constant se disting:

- Delirurile sistematizate - construcții organizate într-un ansamblu relativ stabil și coerent susținute delirant plauzibile sau cu aparență logică;

- Delirul nesistematizat, lipsit de organizare, coerență, descrieri absurd și schimbător.

Sindromul paranoic se caracterizează printr-un delir sistematizat ce poate fi dominat de tema ca: gelozie, invenție, influență, mistice, prin procese interpretative nesusținute de halucinații. Se

constată în paranele, psihene endogene și uneori în psihene reactive reversibile.

Sindromul paranele se manifestă printr-un delir nesistematizat deosebi prezent și însoțit de halucinații. Apar în schizofrenie ca formă paraneleă, dar și în tulburări diferite ca, în epilepsie, arterioscleroză cerebrală, procese psihoinvelutive, intoxicații cronice cu amfetamine. Pentru aceste psihene enumerate se folosesc termenul psihene schizofrenice sau pseudoschizofrenice.

Sindromul parafrenie este un sindrom delirant halucinator sistematizat la o afectivitate și personalitate conservată ce apare după o perioadă îndelungată de timp. Se constituie o entitate clinică distinctă sau ca formă precesuală a vîrstelor înaintate. În toate situațiile este considerat în unele opinii ca expresie schizofrenică.

SINDROMUL KANDINSKI-CLÉRAMBAULT sau cel de automatism mental este descris ca o „sciziune a eului” în care gândirea devine străină sau în care eul nu se mai atribuie propriei sale personalități. Apare astfel un triplu automatism: mental, sensitiv și motor. Caracterul său complex se constituie din pseudohalucinații, delir de influență exterioară și automatism mental. Se exprimă sentimentul asupra actelor, acțiunilor și gândurilor ce nu aparțin propriei persoane și sînt prelectate prin mijloace deosebite, ca telepatie, unde radiate sau hipnere sau sînt amuse de propriile gânduri, simptom numit de sonorizare, gîndirea, sau furt, sau ecoul gîndirii. În conținutul ideilor sînt incluse stranii, ecoul gîndirii și lecturii, denunțarea gesturilor, eprirea sau dispariția gîndirii, depanarea absurdă de amintiri. Pot să apară comentarii asupra actelor, iar în conținutul automatismelor apar stări emoționale-afective, neluare, ca acte impuse și altele vizuale, văzute sau arătate de beznă.

Acest sindrom a fost descris sub diferite denumiri: sindrom de deposesiune (Levy-Valensi), sindrom de acțiune exterioară (Claude) sau gîndire xenopatică (Guiraud).

Nu este întâlnit mai ales în schizofrenie, excepțional în alte psihene și poate apare doar la adolescenți.

SINDROAMELE TULBURĂRILOR DE CONȘTIINȚĂ

Sindroamele clinice ce se referă și evidențiază tulburările

de conștiință au un caracter complex. Ele se referă ca o stare constatabilă de îndepărtare de lumea reală, fără a se sesiza și acțiunea la o situație clară, ce a devenit lipsită de fixarea și reținerea în memorie a unei asemenea stări. Ele sînt urmate de amnezie.

Unele sindroame se pot referi la grade de vigilitate, cuprind în general în datele de semiologie; ea și cele ce descriu tulburările psihopreductive ale conștiinței. Dezvoltarea tulburărilor psihopreductive, în contextul clinic, se poate limita și preciza la manifestările lor de conștiință cu particularități ce cuprind întotdeauna un grupaj simptomatic caracteristic.

Delirul, sindromul eniric sau enirismul exprimă scene halucinatorii trăite ca o realitate de acte comportamentale prelectate într-un scenariu halucinator. Delirul exprimă o dezorientare temporo-spațială profundă cu halucinații, agitație psihomotorie și incoherență. Halucinațiile vizuale sînt dominate pentru tabloul clinic, sînt discontinue, cu scene terifiante uneori suferice, profesionale, eretice, mistice. Stările delirante se pot asocia alter halucinații, acustice sau mnestică și unor iluzii.

Astfel în raport de dispoziția și trăirile sale beznăul poate fi anxios, agitat sau celeric, liniștit sau suferic și cu stări de extaz. În cazul agravării unor halucinații vizuale, terifiante, sepsiice, apare opoziția față de aceste trăiri cu fugă și moarte imediată și amenințătoare, cu atitudine neașteptată sau de liniștire și protecție sau de agresivitate violentă. Această simptomatologie se poate epuiza și parțial liniști, dar seaba și în cursul nopții stările psihopreductive și cele de agitație psihomotorie se agravează în intensitate și necesită măsuri de urgență protectivă și terapeutice.

Pot fi descrise ca aspecte mai particulare:

- delirul profesional în deosebi în alcoolism, cu halucinații scenice ce par a reproduce activitățile profesionale.

- delirul musitant în cazurile de agravare cu agitație dezordonată, mișcări ale capului, de frecare, tremurături și o continuă beznă-receală neinteligibilă.

În raport de starea generală și beznă, durata acestor sindroame este variabilă, iar ieșirea din starea confuzivă este urmată de un somn prelungit. Reținerile din perioada de stare sînt înecompente,

giere sau fragmentate.

- delirul febril sau delirul infecțios se constituie ca agravare delirantă a stării de conștiință în cadrul unor boli toxice și infecțioase.

- delirul acut sau encefalita psihoică hiperazotemică este forma clinică severă a sindromului delirant, considerată în trecut ca prognostic fatal, dar cu ameliorare terapeutică în prezent. Se manifestă prin delir eniric intens, violentă agitație psihomotorie, refuz complet al alimentației, apariția progresivă a deshidratării, hipertermie, creșterea ureei în sânge.

Encefalita psihoică acută hiperazotemică poate apărea primitiv în cursul alter psihice, mai ales a meningi, sau secundar unor intervenții chirurgicale, boli infecțioase, puerperalitate.

Delirul acut corespunde sindromului catatonie pernicioasă, în psihiatria auterilor germani.

Sindromul oniroid sau oniroidia este descris ca o stare ce dezvoltă descrierile trăite prin episoade confuzionale, fantastice, halucinații și delirante. Sunt percepute fragmentări ale ambianței cu încorporare în scena fantastice ca o subiectivă omoză în real. În mod firesc se pierde contactul cu realitatea prin halucinații scenice multiple, ce acționează asemenea unei stări de visare.

Stările oniroide par a se deosebi de cele delirante prin desfășurarea lor subiectivă, intermiară, ca și visele, în timp ce scenele halucinației se desfășoară în stările delirante într-un spațiu real.

În stările delirante conștiința propriului eu este mai bine păstrată, cu exprimarea opoziției trăirilor halucinator-delirante, în timp ce în stările oniroide conglomerarea reprezentărilor fantastice dislecă profunzimea conștiinței propriului eu și se confundă cu persoana însăși.

Stările oniroide sînt considerate de unii ca similare stărilor crepusculare epileptice, iar conținutul lor poate fi asemănător schizofreniilor paranoice acute și include elemente semireale catatonice.

Formele oniroide sînt considerate aparținînd psihozelor atipice maniaco-depresive și schizofreniilor, prin confluența comună a unor factori genetici.

amentia în demnitatea ce a fost descrisă (Maynert) este în prezent numită confuzie mentală. Ea apare în stări eterogene, cu alterări ale conștiinței de diferite grade de intensitate, de la abnubilare pînă la comă. Tulburările stării de veghe dezvoltă în mod asociat iluzii și halucinații predominant vizuale și terifiante, incoherența gândirii, delir eniric și tulburări ale activității voluntare de tip hipe sau hiperkinetic. Se pot descrie grade de incapacitate a înțelegerii și aspecte de perplexitate. În situațiile severe de incoherență a gândirii se pierde capacitatea de relație și se reduce la silabe, interjecții, gemete sau sunete nearticulate.

În funcție de gravitate, se semnalizează o „agitație dezordonată”, uneori mezenă, sau foarte labilă și pînă la incendanta afectivă cu trecere inexpressivă de la rîs la plîns.

Acest sindrom descris din cele mai vechi timpuri, a mai fost denumit stupiditate, stare ametială, reație exogenă, și în final confuzie mentală, și poate deține particularități în foarte diferite situații clinice. Astfel, prin infecții bacteriene și virale, intoxicații exogene și endogene, epilepsii, boli endocrinene, tumori cerebrale predominant cu localizare frontală, fazele acute ale unor psihoze, dar și episoade psihogene.

Aceste sindroame clinice eterogene, cu evoluție și manifestări primitive sau secundare, cu aspecte similare pot fi datorate constituției unor factori specifici, sau înaintări în vîrstă.

Starea crepusculară este descrisă prin îngustarea capacității de gândire și pare a exprima doar o singură tendință ce este necesară îndeplinirii sale, iar ansamblul personalității ar fi contradiția cu aceasta. Deși aspectul comportamental pare ordonat, se pot manifesta și intervenții violente, prin tulburări halucinator delirante ce se desfășoară ca un vis trăit, dar într-o realitate fictivă, ca și cum imaginarul sau ficțiunea ar trăi în realitate. Prin tulburările psihetice se pot provoca acțiuni violente, surprinzătoare și înlecute de stări disferice și delirante, de urmărire, interpretare sau mărire. Comportamentul general poate fi agitat sau apatic, dar este posibil ca tulburările evidente să lipsească. Caracterul terifiant și imperativ al stării psihetice poate dispune de o coordonare și coherență a actelor motorii, ceea ce întreprinde riscul sau săvîrșirea unor acte de agresiune cu mare violență urmată de amnezie lacunară.

Tulburările de conștiință de tip crepuscular pot fi diferite și par mai cunoscute în automatismul ambulatoriu, fuga patologică și somnambulismul și apar în:

- Automatismul ambulatoriu, în care starea de conștiință este grav alterată, se păstrează coerența și coerența motrică, cu acțiuni și acte aparent complexe dar sunt însă urmate de amnezia la cunoscerea a celor săvârșite. Uneori poate constitui un acces epileptic psihomotor, sau poate succeda unui acces epileptic major.

- Fuga patologică crepusculară se manifestă prin tensiune emoțional-afectivă intensă, fuga dezordonată, lipsită de controlul acțiunilor și fără evitarea riscurilor. Poate fi în epilepsii și consecutivă situațiilor psihotraumatizante, ca în stările de afect patologic. Este deosebită de fuga psihoticoilor în stare de raptus sau a psihopatiilor în condiții tensionale de agravare.

- Somnambulismul se manifestă ca tulburare de conștiință în timpul somnului, sub formă de acțiuni și acte motrice complexe, automate săvârșite ocler în stare de activitate și veghe. Spre deosebire de acestea, starea de tranșă apare în sugestia hipnotică sub inducția capacității unui hipnotizator.

SINDROAMELE PSIHOORGANICE

Sindroamele psihoorganice aparțin unor tulburări psihice izolate sau asociate unor suferințe cerebrale.

Diversitatea lor clinică poate decurge din consecințele unei suferințe lezionale și relație psiho-comportamentale, ca formă de evoluție și gradul deficitului funcțional și de invalidare, sau de nivelul de recuperare și prognostic.

Ele pot decurge prin complicațiile sau urmările unor suferințe clinice infecțioase, toxice, vasculare, alergice, anxioase și metabolice, traumatice și tumorale, leziuni cerebrale primitive sau de sisteme ca și sevrăul toxicomanic.

În raport de evoluția clinică ele pot fi acute, subacute sau de lungă durată, reversibile sau sechelare.

Descrierea clinică poate constă în:

- modificări sau diferite grade și tulburări ale conștiinței;

- desorientare în timp, spațiu, altele și autopsihică
- alterări ale capacității de însușire a cunoștințelor, de calculul și vocabular, a judecăților și raționamentului, a comprehensiunii și apreciere capacității critice.
- modificări ale dispoziției ca labilitate emoțională și impulsivă necontrolată, epusie afectivă, stări disforice.

Relația clinică ia în considerare gradele de diminuare ale funcțiilor intelectuale și influența lor asupra pulsionilor sexuale, senzațiilor agresive, nestăpânirea previzibilă a unor consecințe la tensiuni cumulate.

Modificările și tulburările generale ale comportamentului nu pot fi corelate numai la gradul de deteriorare intelectuală prin suferințe cerebrale și necesită examinări complexe, inclusiv de psihodiagnostic clinic.

Sindroamele psihoorganice pot fi constatate la orice vârstă, iar tulburările psihice se pot instala precoce sau la înaintarea în vârstă, iar cele demențiale la vîrstele avansate.

Clasificările clinice iau în considerare după unii cercetători americani următoarele șase categorii:

- stările confuzionale și demențele;
- sindroamele amnestice și starea halucinatorie organică, frecvent prin ateroscleroza cerebrală în evoluțiile spre demență sau poate declanșa episoade pasagere acute.
- sindromul delirant organic și sindromul afectiv organic;
- psihosindromul organic;
- intoxicația și sindromul de sevră;
- sindromul cerebral organic atipic sau mixt, ca forme reziduale neînlocuibile (în celelalte cinci categorii).

Cercetările actuale și progresele unei investigații din ce în ce mai complexe au dezvoltat conceptul de „minimal brain damage” și „minimal brain dysfunction” în identificarea unor relații clinice morfofuncționale. Astfel au fost cercetate aspecte lezionale în regiunile prefrontale striatale, diencefalice sau ale trunchiului cerebral, dar și cele la limite dintre organe și funcțional sau ale disfuncțiilor unor neurotransmițători catacolinici, de dopamină, norepinefrina și altele.

În toate situațiile este analizată anamneza, contextul clinico-evolutiv, examinările complexe de laborator și manifestările

psihopatologie, validate de psihodiagnostic.

Sindreamele psihopatologice pot fi clasate după cele acute și cronice.

Sindreamele psihoorganice acute pot fi descrise după:

- debutul brusc și desorientare rapidă și tulburările mnemonice, deficiența intelectuală și tulburări afective.
- disfuncția cerebrală difuză, temporală și reversibilă;
- evoluția în general scurtă, de câteva săptămâni, cu remisiunea simptomatologiei predominante de tip organic.

Sindreame psihoorganice cu evoluție prelungită sau durabilă, caracterizată de:

- debut insidios;
- tablou de tip demențial, cu modificări de conștiință de la obnubilare la stuper și comă.
- disfuncție cerebrală difuză permanentă și ireversibilă;
- evoluție severă, de lungă durată și prognoză nefastă

Aceste sindreame pot fi descrise clinic prin numeroși factori ca: infecții intracraniene ca meningele sau encefalite; stări infecțioase ale organismului ca pneumonie, septicemie, febră tifoidă, reumatism poliarticular acut; intoxicații cu berbiturice, sedative, neuroleptice, pesticide și o gamă numeroasă, de la medicamente la intoxicații casnice; traumatismul cranie-cerebral; suferințe cardiace-vasculare, suferințe metabolice și de nutriție, neoplasme intracraniene, ca și unele suferințe de etiologie neprecizate, stările de consecințe ale șecului operator și anestezic, accidentele prin electrocutare, iradiere sau expunerile la ultrasunete.

Sindreamele psihoorganice cronice cuprind diferite aspecte clinice cum sînt: stările demențiale ca boala PICK și tipurile de Alzheimer și cele senile, ca și evoluții cronice ca hidrocefalia, sindromul Down, sifilisul meninge-vascular și paralizia generală progresivă, meningită tuberculoasă, encefalitele și alte infecții cerebrale, intoxicațiile cu plumb, arsen, mercur, taliiu, mangan, după un debut la început acut.

Alcoolismul cronic și psihozele alcoolice, encefalopatiile cronice alcoolice dezvoltă ca și traumatismele cranie-cerebrale sindreame psihoorganice în diferite forme clinice. Sînt incluse unele forme de epilepsie esențială, tumorile cerebrale, boli ereditare cum este boala Huntington, suferința dominant autosomală, de

obicei între 35-50 de ani.

SINDROMUL TULBURĂRIILOR DE COMPORTAMENT

Este o manifestare frecvent întâlnită pentru o amplă categorie clinică și relațională cuprinsă în criteriile fundamentale ale psihiatriei. Se referă la tulburări polimerfe de conduită cu instabilitate și inadaptare comportamentală, în ansamblul reacțiilor globale ale organismului, personalității și interrelațiilor sale ambientale. Ele sînt cuprinse în etapele de dezvoltare ale vîrstelor copilăriei, adolescenței și ale perioadelor pe tot parcursul dezvoltării.

Pot fi descrise și analizate medical unele din aspectele semnificative, cum sînt:

- Tulburările de comportament de aspect simptomatice: ce fac parte din diferite tulburări psihice, neurologice sau de altă formă ce influențează existența și relația interpersonală cum sînt: reacțiile și dezvoltările psihogene, dezvoltările disarmonice psihopatice, dezvoltările disarmonice de tip lezional sau psihopatice.

- Instabilitatea psihometrică ce se exteriorizează indiferent de situație, loc și condiție și cuprinde modificări lezionale, cum sînt oligofreniile, encefalopatiile cronice infantile, stări toxice sau altele și dezvoltări nevrotice, psihoreactive și relaționale.

- Agresivitatea se referă la heteroagresivitate și autoagresivitate în limitele și criteriile sale medicale.

Ea se manifestă de la încăpăținare absurdă contrariată, la obsesia, stări celerease și violente, față de sine și ceilalți. Se poate dezvolta și institui prin exacerbarea unor reacții de apărare, stări de frustrare și opunere activă sau înstrăinare pasivă și poate fi întărită prin consecințe lezionale ca în epilepsiile temporale, diencefalice, sechelele post-encefalite și altele. Carențele afective, sentimentele de insecuritate și intoleranță, deficiențele informaționale și absența unor motivații și prelect de aspirații pot întreține și dezvolta manifestările și formele agresivității.

- Instabilitatea, vagabondajul și fugile aparțin semnificației și consecințelor medicale ale tulburărilor de comportament și ansamblul lor. Ele pot fi atribuite particularităților de dezvoltare și maturizare ale personalității, sugestibilității crescute, ale unor con-

stringeri negative, suferințe sechelare. Puga poate exprima reacții de apărare sau protecție, în timp ce vagabondajul se manifestă prin ruperea sau renunțarea unor relații de participare ambientală.

- Tulburările de comportament sexual se referă la pulsivitatea maturizării și afirmarea devianței sau psihopatiei în raport de numeroși factori fiziopatologici și lezionali, modelul infernațional, inducțiile negative și riscurile lor, sistemul relațional și cel antropocultural.

- Furtul ca tulburare de comportament poate avea aspecte relaționale, devianțe sau patologice în: starea de necesitate impulsivă și imperioasă, furtul sugestionării prin imitație, furtul ca reacție de ostilitate, compensare sau supracompensare.

- Minciuna este descrisă și cercetată în semnificația sa medicală, după particularitățile dezvoltării sau caracteristicile personalității. Astfel poate fi condita eronată la copii, credulitatea la vîrstele înaintate, poate avea un caracter imitativ și menden, inducție prin relație negativă de grup, reacție de apărare sau furt de ego, brevada sau atitudini de inferioritate, calomnie ca defect caracterial.

- Mitomania este descrisă ca formă imaginativ patologică a personalităților disarmonice, iar bevarismul apare ca formă particulară prin exces de identificare față de un model înșușit.

SINDROMUL DEMENTIAL

La examinarea clinică se constată slăbirea progresivă și globală a activității psihice cu deficit ireversibil și progresiv. Personalitatea se degradează treptat pînă la sărăcire și pustire mentală.

Tulburările de memorie și fixare, cele mai sesizabile la început, exprimă o amnezie anterogradă și apoi în scurt timp și cea retrogradă. Slăbește capacitatea de sesizare a unor relații chiar a celor obișnuite, prin sărăcirea noțiunilor care devin din ce în ce mai simplificate și reduse. În exprimarea gândirii apar incoherențe, slăbirea vocabularului prin cuvinte sărăcite de conținutul noțiunilor și expresiilor, cu tendințe la pseudo-descrieri. Dispoziția se modifică, uneori marcată de reacții euforice sau epizodice disforice, starea emoțională este labilă cu progresare a afectivității pînă la indiferență sau stări de agitație impulsivă

și violentă. Activitatea generală și cea profesională sau ocupațională descrește progresiv, cu scăderea îngrijirilor privind igiena personală, protecția vestimentației și cea alimentară. Pe acest fond de dezvoltare demențială pot apărea stări reziduale, stereotipii ale unor obșnuințe profesionale lipsite de înțelegere și prevedere, acte absurde, avariția asociată de tulburări de memorie, stări și episoade pulsionale sau delirante sexuale.

Sindromale demențiale se manifestă clinic în mod diferit, în raport de instituirea lor de debut, de însușirile personalității, gradul lor de asistență și protecția acordată, sau agresiunile psihice.

Vîrsta, formele clinice ale debutului și dezvoltării demențiale, sînt de natura proceselor psihoorganice, astfel demențele arteriopatie evidențiază tulburări de memorie labunară, cu deficite ale personalității lent progresive spre deosebire de demențele senile globale.

Factorii biomedicali privind formele clinice ale demențelor descriu:

I. Demențe degenerative și vasculare

1.- Demențe degenerative

a) Corticale: prezențiale; boala Alzheimer, Boala Pick, glioză subcorticală progresivă.

- Senile: demențe senile de tip Alzheimer.

b) Subcorticale: paralizie supra nucleară progresivă, coreea Huntington, boala Parkinson.

2. Demențe prin infecții multiple

a) forme focale

b) forme difuze: leuce-encefalepatie Binswanger, atrofie graulară Pentschew, stare lacunară Pierre Marie

3. Demențe mixte

II. Demențe secundare

4. De etiologie infecțioasă: maladia Creutzfeld-Jacob, paralizia generală luetică, Sida, altele ca herpesul și meningi-encefalite neapacifică.

5. De etiologie neurelogică ca scleroza în plăci, scleroza laterală amiotrofică și procesele expansive.

6. De etiologie metabolică la maladia lui Wilson, dislipidemiile.

7. De etiologie traumatică la demența traumatică și cea psihică.

8. De etiologie toxică ca demența alcoolică, maladia lui Marchiafava Bignami, intoxicațiile CO.

Descrierile asupra conceptului de demență aparțin încă unor precizări semiologice, în raport de sindroamele confuzive și numeroși factori etiologici ai deteriorărilor mentale la persoanele vârstnice înaintate.

SINDROMUL PSEUDODEMENTIAL

Descrierea clinică identifică unele situații asemănătoare demențelor, dar pe care totuși le exclude prin sursele psihogene ale simptomelor, reversibilitatea lor și lipsa constatabilă a unui substrat lezional sau disproporționalitatea acestuia față de manifestările deficitare. Aspectul lor general se manifestă prin eptuzie și stupiditate, deficit al stărilor și reacțiilor emoționale afective și impulsivitate explozivă, stări disferice sau catastrofice. La acestea este asociată incapacitatea intelectuală exprimată cu acușe amantice, repetate stereotip și mereu sub aceeași formă: „nu știu sau nu înțeleg”.

Examinarea clinică va stabili evitarea unor simulări gresite și riscul de erorare medicală.

Acest sindrom, așa cum a fost descris clinic, a putut fi cuprins în stările crepusculare cu obnubilare sau amnezie de tip isteric, sau sub forma unui sindrom cu simptomele caracteristice activității catatonice, sau denumit ca sindrom de pseudodemență. Ele fac parte din reacțiile psihice acute de șoc cu particularități de motivație, evenimente situaționale, constituționale sau patoplastice, raport de situație, extrem de diferite sunt caracterizate de stres psihic și se referă la stările de calamitate, sinistreze, războaie, situații concentraționale, de detenție sub forma acută de șoc al „țelurilor închise”.

Aspectul general și caracteristic este al unui polimerfiz

compertal și solicită atenta examinare clinică, patobiografică, examinări complexe și de psihodiagnostic.

Peate fi, luată în considerare, ceea ce a fost denumit de „bel-sav psihic”, particularitățile evidențierii voluntare a unor simptome grave, evocate de către o persoană ca tulburare mentală. În aceste condiții se exprimă un polimerfizism agravat, când o asemenea persoană se știe observată și anunță propria sa opinie despre boală, conștințele sale, ce pot fi formulate uneori și într-un context precisabil prin trăsăturile personalității sale.

Aspectele pseudodemenței pot fi descrise și prin:

- Sindromul de pseudodemență isterică sau puerismul isteric exprimat printr-o regresie compertamentală de tip infantil, în forma recunoscută a descrierii făcute.

- Aspectul pseudodemențial întâlnit în depresiile grave.

În acest sens se precizează depresia, ca tulburare afectivă în cursul căreia pot fi reversibile simptomele funcțiilor de cunoaștere, fiind deci secundare depresiei.

Sindromul demențial prezintă tulburările afective mai puțin exprimate, iar caracterul global domină demența și în aspectele depresiei. În pseudodemența depresivă debutul poate fi făcut mai sensibil, iar evoluția simptomelor este mai evident decât în demență.

- Reacția pseudocatatonică ca formă clinică a sindromului pseudodemențial ce se constituie prin stări eterogene de inhibiție de tip funcțional și elemente cataleptice și de flexibilitate cerească, negativism verbal și alimentară, retragere în sine, amimie și ataxare de mediu. Se poate însă stabili o relație de înțelegere între psihotrauma și evoluție, diminuarea sau stingeră acestora cu relaxarea inhibiției și atingeră tulburărilor disociative.

CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE

Elaborarea diagnosticului și a conduitei de asistență în psihiatrie se face prin identificarea etiopatogenei, semiologiei și a evoluției procesului psihopatologic, care prin ansamblul caracteristicilor sale devine criteriu de clasificare clinico-nosologică a bolilor psihice.

Delimitarea unor boli psihice poate fi dificilă prin neelucidarea pînă în prezent a unor factori etiologici sau a unor mecanisme patologice, ca și prin condiția mediată de acțiunea unor numeroși factori ereditari, câștigați, stadiu de vîrstă cronologică, factori subiectivi sau psihoreactivi. Observația clinică și cercetarea medicală pe multiple direcții, au contribuit la dezvoltarea și perfecționarea criteriologiei clinico-nosologice în baza identificării factorilor etiologici dominanți, a aspectelor patologice și a evoluției procesului psihopatologic (cu particularitățile stărilor avansate sau terminale), ca și prin expresivitatea semiologiei în raport de particularitățile individuale, de etapă de vîrstă și cele socio-culturale. Datorită caracterului complex în care evoluează procesele psihopatologice, boala psihică nu poate fi considerată ca o relație simplă, liniară, dintre factorii patogeni și manifestările psiho-comportamentale, întrucît factorii biopatologici și socio-culturali, care definesc structura psihologică a personalității, participă la expresivitatea clinică a bolii, la interrelația bolnavului cu mediul în viață și prognoza sa. De aceea și clasificarea factorilor etiologici în externi și interni, endogeni sau exogeni, fără a fi greșită, exprimă doar parțial

conceptul modern interrelațional în patogeniza psihologiei clinice și relaționale. Astfel pare mai cuprinzătoare și explicită gruparea factorialității etiologice în ereditară și biologică, ecologică (toxico-infecțioasă, traumatică), socio-culturală și psihologică, într-o intricare de dominanță specifică clinico-nosologică. Gruparea în aceste tipuri de categorii factoriale, cu identificarea acelor care dețin un rol determinant favorizant sau predispozant, permite înțelegerea mecanismelor bolii și totodată a particularităților clinice și de asistență recuperatorie ale bolnavului.

O valoare importantă în orientarea nosologică a psihiatriei o constituie caracteristicile de complexitate, intensitate și specificitate ale unor simptome și sindroame, analizate în ansamblul procesului de boală și a evoluției bolnavului. La fel, deține o semnificație importantă pentru diagnostic cunoașterea sindroamelor de tranziție de la stadiul acut la cel cronic al bolii, a trecerii unui sindrom în alt aspect clinic în cadrul aceleiași boli, a delimitării simptoamelor obligatorii și a celor facultative, ca și ierarhizarea acelor deficite psihopatologice care constituie obiectivul prioritar al tratamentului clinic, pentru a considera apoi rezultatele prin asistența recuperatorie.

Boala psihică, sănătatea mentală, normalitatea și anormalitatea sînt noțiuni obiective prin realitatea consecințelor lor, totuși validarea, înțelesul acestor noțiuni s-a schimbat în raport de factorii socio-culturali și istorici din evoluția societății. Precizarea acestor noțiuni, legate elementar de nosologia psihiatrică este firească și necesară, întrucît fiecare din ele angajează o investiție comunitară de la reglementările unor normativități social-juridice pînă la programe de asistență medico-socială.

Normalitatea sau starea de sănătate nu poate fi explicată la rîndul ei prin absența unor deficite, întrucît o asemenea stare ideală nu există în realitate. La fel, normalitatea nu poate fi definită doar statistic, întrucît în situația unor boli endemice majoritatea populației este afectată și nu poate constitui un criteriu de raportare privind normalitatea stării de sănătate.

Normalitatea sau starea de sănătate este totuși o permanentă referință clinică care, în stadiul actual al medicinei și al stării de conștiință a populației, absoarbe un volum important de prestație medicală în vederea validării ei. Ea poate fi reprezentată ca un sistem ordonat și dinamic de valori, cu limite de toleranță, reglat prin comunicarea informațională, sistem caracteristic personalității umane prin capacitatea de a exprima atitudini conștiente față de sisteme și de relația ambientală.

Această atitudine privind starea de conștiință sau de discernământ asupra propriei persoane și a relației cu mediul de existență, constituie un criteriu de diferențiere al unor stări deviate sau procese psihopatologice aflate la limita normalității și cele aberante la care referința față de normalitate și atitudinea de discernământ sînt anulate.

Valoarea și limitele clasificării bolilor psihice rezultă atât din progresele epidemiologiei psihiatrice, cât și din lipsa unor criterii unitare de diagnostic. În general, clasificarea, reprezintă procesul de reducere a complexității, aparente a fenomenelor prin stabilirea unor categorii în raport de anumite criterii și scopuri prestabilite. Rezultatul clasificării bolilor psihice se concretizează în nosologia sau nosografia psihiatrică (nosos = boală, logos = vorbire, studiu). Taxonomia sau taxinomia (taxis = ordine, nomos = lege), ca știință a clasificării, cuprinde o serie de principii de bază referitoare la exhaustivitatea clasificării, conceptualizarea sau definirea, denotația, criteriologia și ordonarea clasificării. Valoarea unei clasificări ca instrument operațional cu importanță teoretică și practică decurge din aplicarea unor reguli taxonomice de simplitate, claritate și sistematizare criteriologică, precum și de acceptare în practica medicală. Acestea conferă validitate clasificării în componentele sale: consensuală, discriminantă (descriptivă), predictivă. Verificarea criteriilor de validare a clasificărilor și diagnosticilor rezultă din variate metode de cercetare cum sînt studiile catamnestice pe arile geografice, studiile genetice (familiale) pe gemeni ș.a.

Validarea criteriilor diagnostice în psihiatrie implică etape distincte referitoare la descrierea clinică, studii de laborator, delimitarea de alte boli (criterii de excludere), studii catamnestice și studii familiale.

În general, definirea bolilor în scopul clasificării se poate face la diferite niveluri în baza unor date epidemiologice, etiologice, lezionale, sindromatologice și simptomatologice. În psihiatrie însă apar operante cel mai adesea numai definițiile impresise rezultate din datele sindromologice și simptomatice. Dificultățile întâmpinate în elaborarea clasificărilor psihiatrice decurg astfel din caracterul subiectiv al suferințelor psihice și caracterul dominant descriptiv în definirea tulburărilor psihice. Cauzele principale, datorită cărora nosologia psihiatrică și clasificarea bolilor psihice sînt mai dificil de elaborat comparativ cu alte discipline medicale, se referă la:

- complexitatea fenomenului studiat;
- dificultățile studiilor experimentale;
- variabilitatea simptomelor de la un caz la altul și la același caz de boală psihică;
- dificultatea identificării unor relații cauzale în bolile psihice;
- insuficiența unor metode exploratorii de tip diagnostic sau de monitorizare a tratamentelor.
- aplicarea variată și interpretarea diferită de către clinicieni a clasificărilor existente;
- studiile și metodele utilizate în elaborarea nosologiei și clasificărilor psihiatrice s-au desfășurat și aplicat pe loturi neomogene de bolnavi.

Programele O.M.S. în edificarea unui limbaj comun în psihiatrie vizează atenuarea discrepanțelor teoretice și apropierea diverselor opinii nosologice prin elaborarea a două tipuri de programe de cercetare:

1. Standardizarea diagnostică în clasificarea bolilor psihice în baza unor date statistice psihiatrice.
2. Studii comparative transculturale și multinaționale

nale în elaborarea unor instrumente și metode de investigație unitare.

Standardizarea diagnosticelor și clasificarea internațională a bolilor psihice s-au realizat treptat în cadrul unor seminarii internaționale între anii 1965-1972. În anul 1974, O.M.S., a publicat un glosar și ghid de clasificare a tulburărilor psihice, realizat printr-o colaborare internațională (ediția franceză a apărut în 1976). O versiune revizuită a „Glosarului” bolilor psihice a fost adoptată la Conferința internațională consacrată celei de a IX-a revizii internaționale a bolilor - Geneva 1975. Această versiune (Glosar O.M.S. - 1979) a fost redactată în baza unor propuneri și observații referitoare la:

- limitarea numărului de categorii diagnostice și diferențierea unor subcategorii;
- eliminarea categoriilor mixte și a rubricilor care implică ipoteze etiologice neverificabile;
- fundamentarea sistemului de clasificare pe simptomatologie și înregistrarea etiologiei prin categorii adoptate altor capitole ale clasificării;
- prevederea unor capitole speciale pentru anumite grupe de vîrstă;
- completarea rubricilor diagnostice cu un rezumat descriptiv al tulburărilor și comentariilor necesare pentru buna lor utilizare;
- prevederea unor categorii particulare pentru afecțiunile cu frecvență mare.

Astfel progresele realizate în domeniul nosografiei și taxonomiei psihiatrice apar evidente, ca și în alte domenii medicale, făcînd necesară totodată abordarea unor criterii operante, bine delimitate în raport de caracteristici universale și neinfluențate de aspecte etnologice, transculturale și de particularități biologice, psihologice și ecologice.

După cum se poate constata, criteriul clinico-nosologic întrunește cuprinzător și explicit referințe asupra motivației psihopatogenezei, asupra semnificației

semiologice a comportamentului și asupra structurii de dezorganizare a personalității, exprimate prin capacitatea unei atitudini critice față de sine și realitate. Acest criteriu obiectiv și funcțional delimitează și clasifică tipologia, normalității și a bolilor mentale, cu posibilitățile lor multimodale de exprimare, organizare, tranziție și evoluție.

După acest criteriu bolile psihice se clasifică în:

I. Simptomatice și organice cu următoarea subîmpărțire:

- a) tulburări psihice de origine infecțioasă (psihozele infecțioase);
- b) tulburări psihice de origine toxică;
- c) - d) tulburări psihice legate de maternitate și bolile endocrino-metabolice;
- e) tulburări psihice în traumatismele cranio-cerebrale;
- f) - g) tulburări psihice în unele boli neurologice (inclusiv epilepsia și tumorile cerebrale).

II. Tulburările psihice ale vîrstei înaintate cu subîmpărțirea:

- a) tulburările psihice legate de involuție;
- b) tulburările psihice legate de senilitate;
- c) tulburările psihice în bolile vasculare.

III. Oligofreniile.

IV. Psihopatiile și stările psihopatoide.

V. Psihopatiile cu următoarea subîmpărțire:

- a) psihozele reactive;
- b) nevrozele.

VI. Afecțiunile psihice dominant endogene avînd ca subgrupe:

- a) schizofreniile și delirurile cronice sistematizate;

b) psihoza maniaco-depresivă și în general psihozele afective.

Luând în considerare aceleași criterii, ne vom orienta după clasificarea folosită în Clinica de Psihiatrie de la Iași. Fără a utiliza în esență o altă clasificare graduală în patologia psihiatrică, vom ordona clasificarea bolilor psihice după aceleași criterii clinice, dar care pot fi studiate mai ușor după evidența lor semiologică, gradul de colaborare cu bolnavul examinat și frecvența lor crescută.

După criteriul clinico-nosologic, așa cum a fost analizat, vom distinge următoarea clasificare:

I. Nevrozele și psihosindroamele reactive de tip nevrotic, ca și sindroamele neurasteniforme secundare.

II. Psihopatiile, sindroamele psihopatoide și tulburările de comportament în perioadele infantilo-juvenile.

III. Oligofreniile.

IV. Psihozele cu următoarele grupe:

A. Cu factorialitate etiologică și predominantă endogenă:

1. Psihoza manico-depresivă;
2. Schizofrenia.
3. Psihoze delirante cronice și sistematizate

B. Cu factorialitate etiologică predominant exogenă ca și cele simptomatice:

Tulburările psihice cu suferințe encefalice de focar, difuze sau metabolice ca o consecință a acțiunii unor factori traumatici, toxici, carențiali, infecțioși, virotici, parazitari și tumorali.

C. Psihosindroame endo-exogene:

Tulburările psihice a căror debut și evoluție deși se constată după acțiunea unor factori exogeni se explică prin condițiile unui teren predispozant. Expresivitatea lor clinică este variabilă de la limitele normalității până la psihoze și demențe. În această grupă se

clasifică: encefaloza psihotică azotemică acută (delirul acut), psihozele reactive, psihosindroamele puerperale, boala epileptică, psihosindroamele de involuție, de senilitate și prin boli vasculare ca și stările paroxistice (beția patologică, criza dipsomanică, criza epileptică etc.).

V. Demențele cu următoarele tipuri:

A. De factorialitate predominant endogenă-dismetabolică de tip eredo-congenital (coreea cronică Huntington boala Pick și Alzheimer).

B. De factorialitate predominant exogenă (traumatice, toxice, infecțioase).

C. De factorialitate endo-exogenă predominant vasculară (aterosclerotică) sau predominant parenchimatoasă (demențe senile sau presbiofrenii).

Această clasificare, fără a fi rigidă și cu siguranță nu ultima, include unitar aspectele criteriului clinico-nosologic. Ea delimitează procesualitatea bolilor prin sursa și forma lor de manifestare, ca expresie a perturbărilor care dezorganizează sau destructurează activitatea sistemului psihic.

Considerăm că ambele clasificări redate se asimilează Clasificației Internaționale a Bolilor - Revizia a IX-a IMS - 1975 (CIB -9 - OMS) care la capitolul „Tulburări mintale” cuprinde următoarele coduri:

A. Stările psihotice organice (290 - 294)

290. Stări psihotice organice, senile și pre-senile.

291. Psihoze alcoolice.

292. Psihoze determinate de droguri.

293. Stări psihotice organice tranzitorii.

294. Alte stări psihotice organice (cronice).

B. Alte psihoze (295 - 299).

295. Psihoze schizofrenice.

296. Psihoze afective.

297. Stări delirante.

298. Alte psihoze neorganice.

299. Psihoze specifice copilăriei.

C. Tulburări nevrotice, de personalitate și alte tulburări nepsihotice.

- 300. Tulburări nevrotice.
- 301. Tulburări de personalitate.
- 302. Deviații și tulburări sexuale.
- 303. Sindromul dependenței alcoolice.
- 304. Farmacodependența.
- 305. Abuzul de droguri la o persoană nedependen-
tă.
- 306. Tulburări ale funcțiilor fiziologice de
origine psihică.
- 307. Simptome sau tulburări speciale neclasate
în altă parte.
- 308. Stări reactive acute la o situație deo-
sebită de tip catastrofic.
- 309. Tulburări de adaptare.
- 310. Tulburări mintale specifice nepsihotice,
consecutive unor leziuni cerebrale organice.
- 311. Tulburări depresive neclasate în altă
parte.
- 312. Tulburări de comportament neclasate în
altă parte.
- 313. Tulburări de afectivitate specifice copi-
lăriei și adolescenței.
- 314. Sindromul de instabilitate al copilăriei.
- 315. Retardări specifice ale dezvoltării.
- 316. Factori psihici asociați cu afecțiuni
clasate în altă parte.

D. Retardarea (întârzierea, debilitatea) mintală.

317-319

- 317. Retardarea mintală ușoară (QI 50-70).
- 318. Alte tipuri de retardare cu nivel preci-
zat:
 - mijlocie (QI 35-49);
 - gravă (QI 20-34);
 - profundă (QI sub 20).
- 319. Retardare mintală cu nivel neprecizat.

Un alt sistem de clasificare în psihiatrie este reprezentat de criteriile ediției a treia a manualului „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”- DSM-III (1980) și ediția revizuită DSM-III-R (1987) elabo- rate în cadrul Asociației Americane de Psihiatrie de că- tre un colectiv condus de Robert Spitzer. Manualul cuprin- de o serie de criterii specifice de includere și exclu- dere pentru toate încadrările diagnostice și un sistem multiaxial de înregistrare a bolilor psihice. Diagnosticul multiaxial reprezintă, în fond, diagnostice multiple ale aceluiași bolnav în scopul de a surprinde, evalua și in- dividualiza cât mai exact tabloul global al bolii.

Sistemul multiaxial introdus în clasificarea ame- ricană din DSM-III și DSM-III-R cuprinde cinci axe de evaluare:

- . Axa I - Diagnosticul psihiatric propriu-zis;
- . Axa II - Diagnosticul de „personalitate” (înre- gistrarea tulburărilor de personalita- te ale adultului și a tulburărilor specifice de dezvoltare ale copilului);
- . Axa III - Diagnosticul tulburărilor medicale ne- psihiatrice (diagnosticul bolilor soma- tice asociate);
- . Axa IV - Aprecierea rolului factorilor psihotrau- matizanți (severitatea stressorilor psiho-sociali);
- . Axa V - Aprecierea nivelului de adaptare socia- lă (cel mai înalt nivel de funcțio- nare adaptativă a pacientului în ul- timile 12 luni).

Se poate constata că sistemul multiaxial de eva- luare din DSM-III și DSM-III-R permite înregistrarea unor informații complexe, utile în precizarea diagnosticu- lui, planificarea tratamentului și predicția prognostică pentru fiecare bolnav, pe fiecare din cele cinci axe. Axele I și II cuprind tulburările mintale și classifica- rea lor, evaluarea putându-se face separat sau pe ambele axe.

Axa III cuprinde tulburările și condițiile fizice potențial relevante pentru înțelegerea și abordarea cazului. Axele IV și V se referă la severitatea stresorilor psiho-sociali și evaluarea globală a sistemului de funcționare adaptativă a bolnavilor, furnizând informații suplimentare, utile în planul terapeutic și prognostic. Astfel axa IV asigură o scală de codificare a stresului psiho-social în anul anterior evaluării și care contribuie la dezvoltarea unor noi tulburări mintale, recăderea într-o tulburare mintală anterioară sau exacerbară a unei tulburări mintale existente, iar axa V permite clinicianului aprecierea globală asupra funcționării scalare și adaptării psihologice, sociale și ocupaționale a bolnavului.

Dificultățile ridicate de clasificarea bolilor psihice sînt relevate și prin clasificările consecutive ale CIB-8 și CIB-9 de către OMS, DSM-I (1962), DSM-II (1968), DSM-III (1980) și DSM-III-R (1987) de către Asociația Americană de Psihiatrie. După publicarea DSM-III a coincis cu cea a CIB-9-OMS, în viitor este prevăzută publicarea DSM-IV și a CIB-10-OMS care, prin prelucrarea multipală a criteriilor de evaluare, vor putea edifica progresul științific în clasificarea bolilor psihice.

EVOLUTII CRITERIOLOGICE IN PSIROPATOLOGIE

Discuția asupra sindroamelor psihice reactive și despre semnificația psihogenezei pentru criteriile de diagnostic este călăuzită, în prezentarea noastră, de intenția evaluării unor aspecte actuale, din perspectiva structurării lor istorice. Considerăm neomiterea acestor aspecte drept o lucidă și necesară ordonare de date și fapte, înțelese ca poziții sau orientări doctrinare, care într-o influență măsură se regăsesc în ceea ce numim psihia - tria aplicativă sau intervenția medicală psihiatrică în asistența stării de sănătate mintală a populației. Condiția fundamentală a oricărei orientări în acest sens se regăsește în definirea acordată bolii, sănătății sau normalității, a limitelor lor, cît și a relațiilor ce există între aceste stări diferite, în expresia comportamentală și

în sistemul relațional al personalității.

Înțelegerea, sau precizarea acestor aspecte este pregnant de valabilă atunci cînd raportul dintre patologic și anormal, față de ceea ce este acceptat ca normal sau firesc, se referă la boala mentală, la statutul și relațiile ce privesc persoana invalidată de aceasta. Toate sistemele actuale care privesc clasificarea bolilor sau a tulburărilor mentale, exprimă, cu pregnanță introducerea informațiilor și progreselor realizate în studiul personalității, al comportamentului uman și al stării de sănătate mentală, ca și o epistemică necesitate de clarificare și identificare comună a unor criterii care să servească diagnosticul psihiatric, operanța epidemiologică și programul de asistență medicală. De altfel, este semnificativă clasificarea OMS, clasificarea internațională a bolilor, în care, capitolul V are drept subtitlu „tulburări mintale”, în timp ce alte capitole sînt intitulate: boli ale sîngelui, boli ale sistemului nervos. La fel DSM III în explicațiile introductive, inclusiv ale formei revizuite, nu operează o delimitare a tulburărilor mintale, a relației dintre acestea și încă mai puțin a ceea ce ar putea fi etic sau patogenza lor.

După opinia noastră, valoarea actuală a noțiunii de boală mintală decurge din generalizarea unui concept fundamental al medicinei, sau al criteriului medical privind evaluarea unei stări de sănătate. În același timp, exprimarea unei ample preocupări asupra criteriilor de diagnostic decurge și ea dintr-o tendință de ordonare conceptuală și metodologică proprie tuturor activităților de cunoaștere ce se înscriu în domeniul științelor medicale, iar psihiatria în dezvoltarea sa modernă s-a statuat ca disciplină medicală și, cum am văzut în opinia noastră, ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. S-a formulat un ferm consens în lumea noastră contemporană, despre boala mentală ca relație indubitabilă existentă și de competență medicală. Tradiția și multiple izvoare istorice ne conving despre capacitatea mentală a funcției umane și a tuturor formelor sale elaborate de cultură, de a categorisi unele înfățișări, comportamente și acțiuni ca fiind în limite

acceptate, firești, bune sau normale și altele în mod distinct deosebite și deci nebune, anormale sau nefirești.

Dar de la această operație selectivă, empirică și statistică a bunului simț format în modelul unei tradiții și culturi și pînă la semnificația autentic medicală a noțiunii de sănătate și boală este un lung și anevoios parcurs. S-a remarcat totuși valoarea direcțională și persistența acestor convingeri dobândite și fixate în cultura moștenită, întrucît și la culturile primitive recunoașterea unei stări ca fiind o boală este apropiată de accepțiunile medicale moderne, după cum identificarea unor stări ca fiind boli mentale este universală pentru cultura și condiția umană.

Dacă au fost întotdeauna identificate acele stări care prin expresivitatea lor evidentă constituiau abateri de la ceea ce era considerat și acceptat ca normal, putem prin aceasta recunoaște patologia mentală denumită majoră (epilepsia, mania, melancolia, stări psihotice reactive), nu același lucru se poate afirma despre stările denumite limitrofe sau marginile reprezentării despre normalitate.

Conceptul despre boală și sănătate la aceste limite a fost ignorat sau neclar și prea deseori nu a fost cuprins în domeniul de cercetare și asistență al medicinei, el fiind dominat de criteriile de judecată ale unor alte cunoștințe sau preocupări.

După cum remarcă P. Pichot, veritabilul concept de boală apare formulat mai târziu, începînd cu secolul 17, 18, fiind dominante pînă la această epocă preocupările pentru descripția cazurilor individuale, de boală. Thomas Sydenham se distinge prin elaborarea unui concept general, boala fiind termenul ce cuprinde varietatea de boli individuale, astfel o aceeași boală se poate manifesta la diferite persoane la care constatăm însă aceleași simptome, după cum în natură, caracterele generale ale plantelor sînt comune tuturor cazurilor individuale ce aparțin unei specii. Un secol mai târziu, Linné va enunța principiile moderne în clasificarea plantelor.

Boissier de Sauvage de la Croix, titularul catedrei

de botanică, la Facultatea de medicină de la Montpellier precizează ca subtitlu la lucrarea sa intitulată „Nosologia” (1767) adeziunea sa la principiile lui Sydenham și a sistemului de clasificare din botanică.

Acestui autor, P. Pichot îi atribuie tratarea a ceea ce ar putea fi numit în prezent nevroză, ca și un concept asupra bolii mentale pe care-i putem regăsi la Pinel, de asemenea elev al școlii medicale de la Montpellier.

După cum se știe, lucrările lui Ph. Pinel (Nosographie philosophique; Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie) au deschis epoca psihiatriei moderne, fiind continuată de discipolul său Esquirol (Traité des maladies mentales). Conceptul asupra bolii mentale, așa cum s-a constituit după modelul botanic a fost un concept sindromatic. Acest concept oferă un model descriptiv, simptomele constitutive fiind expresia unei cauze unice sau a unor multiple cauze și din punct de vedere descriptiv noțiunea de sindrom corespunde celei de specie, din botanică. Sindromul este, în același timp, o noțiune categorială de clasificare întrucît un bolnav poate prezenta un sindrom sau un altul. Bolile mentale la Esquirol (Iypemanie, monomanii, demențe, idiotismul) sînt sindroame. În perioada elaborării și dezvoltării acestor concepte, în alte specialități medicale se fac afirmate tendințele anatomoclinice.

În 1822, Laurent Jessé Bayle, la vîrsta de 23 ani, susține teza sa inaugurală „Recherches sur les maladies mentales” prin care boala mentală apare ca simptom al unei inflamații cronice arahnoidiene, dovedită prin șase autopsii, la cazuri cu ceea ce a fost apoi numit paralizie generală. Simptomatologia acestei boli ar evolua în stadii, fiecare avînd o formă caracteristică: delir monomanic cu exaltare, apoi delir maniac cu idei obsedante și în final stare de demență.

Lucrarea lui Bayle se plasează în perioada pe cînd în medicină se dezvoltă școala anatomo-clinică, ilustrată de Laënnec, prin care de fapt se fundamentează și conceptul de boală ca ansamblu simptomatologic a cărui

evoluție caracteristică este datorată unor modificări structurale specifice, evidențiate anatomo-patologic și care constituie cauza semnelor sau a simptoamelor clinice. Boala descrisă de Bayle corespunde acestei definiții, deși conceptul care fundamentează ajunge să fie acceptat în psihiatrie doar în timp, întrucât continuă să fie negat bolii mentale modelul ce o putea explica prin patologia somatică. Atribuind bolii psihice o altă geneză, reprezentanții școlii denumită „Psychiker” rămâneau la un concept general sindromatologic. După cum este cunoscut, termenul de „psihiatrie” creat de Johann-Christian Reil, în cadrul acestei orientări, definea o disciplină care se ocupa de psihic ca sursă esențială a bolii mentale.

Modelul anatomo-clinic s-a impus în psihiatrie prin larga sa aplicare medicală, dar și ca reacție la orientarea „Psychiker” prin școala „Somatiker”, fiind ilustrativ enunțul lui Griesinger, prin care bolile mentale sînt boli ale creierului. Totuși, cum nu s-a putut stabili decît doar în unele cazuri modelul anatomo-clinic, descripția sindromatică a continuat să subziste și atunci cînd se tenta definirea unor boli.

În definirea bolii, Bayle distinge o corelație anatomo-clinică, dar și o evoluție caracteristică a simptomelor. Cum progresele cercetărilor morfologice ar urma de abia să elucideze cauzele, modul de evoluție clinică al simptomatologiei poate constitui un criteriu de diagnostic. Astfel, Falret considera la o evoluție identică corespondența unei aceleași cauze, descrie „nebunia circulară” care va deveni actuala psihoză maniaco-depresivă și pe care la timpul său Baillarger a denumit-o „folie à double forme”. După Falret, cercetarea sub raportul evoluției clinice ar duce la identificarea unor boli înainte de a se aștepta progresele anatomopatologice. Această perspectivă s-a dezvoltat și grație influenței lui Griesinger și cercetărilor morfologice prin utilizarea microtomului și a multiplicării metodelor de corelație a țesutului nervos. În acest confluență K. Kahlbaum își elaborează teza privind clasificarea bolilor psihice și fondarea psihiatriei ca disciplină clinică, cu baze empirice și de științe ale

naturii, iar în 1874 publică „Die katatonie oder das Spannungsirresein”, boala mentală identificată și delimitată în baza evoluției clinice a simptomelor. Descripția catatoniei și a hebefreniei, făcute de elevul său Hecker, devin primele entități nosologice stabilite prin studiul evoluției clinice și care dețin aceeași valoare ca și cele din modelul anatomo-patologic. Ulterior E. Kraepelin va aplica acest model la întreaga psihiatrie. În ediții ale lucrărilor sale de la „Compendium der Psychiatrie”, 1883, pînă la „Psychiatrie”, ein Lehrbuch für Studirrende und Ärzte”, ediția 3, 1893, se renunță la modelul sindromatic, prin demersul de la concepția simptomatologică la cea clinică asupra bolii psihice, operîndu-se delimitări și grupări de tablouri psihopatologice. În 1899, în ediția 6-a, Kraepelin va consacra doctrina sa prin modelul clasificării psihozelor, prin constituirea acelei „dementia praecox”, alături de psihoza maniaco-depresivă. Deși nu se cunosc bazele biologice ale acestora, evoluția lor distinctă le diferențiază ca entități separate.

Clasificarea lui E. Kraepelin, după cum se știe a fost adoptată, deși încă de la apariția sa a fost criticată ca „iluzii ale sistematicienilor”. Modelul sindromatologic, alături de cel de boală, persistă și K. Bonhoeffer îl expune în lucrarea sa (1910) asupra tipului de reacție exogenă. La fel E. Bleuler în 1911, în „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien”, deși afirmă sursa kraepeliană și incapacitatea bolii de a evolua către o „restitutio ad integrum”, caracteristica sa definitorie este însă disociația funcțiilor psihice, cît și o serie de simptome durabile sau fundamentale (tulburărilor de asociație, de afectivitate, ambivalență, tulburările funcțiilor complexe, ca autismul), care se găsesc tot timpul și la toate cazurile.

Fără a se nega în mod distinct modelul anatomo-clinic al bolii, nu se mai consideră evoluția drept criteriu esențial și se introduce de fapt un concept nou, cel psihopatologic. Distanțarea față de sursa kraepeliană se face prin tratarea în același timp a simptomelor primare, ca efect direct al procesului biologic și

a simptomelor secundare, ca reacții ale personalității la acest proces. În acest fel pare să dispară relația univocă dintre simptome, evoluția lor și cauza biologică, deoarece simptomatologia apare într-o mare măsură relaționată de personalitate. În evoluția sa ulterioară, E. Kraepelin s-a apropiat de aceste opinii, ca și de cea a „reacției tip” a lui Adolf Mayer, fără a renunța totuși la modelul clinico-biologic pe care l-a fundamentat inițial.

Pînă la jumătatea secolului 19, bolile descrise au fost de gravitatea celor care necesitau internarea azilară și utilizarea în aceste cazuri a unor modele categoricale, fie de sindrom, fie de boală, și părea a constitui o reală dificultate. Expansiunea psihiatriei către aceste forme clinice denumite minore, a nevrozelor și a tulburărilor de personalitate apare evidentă în ultimile decenii ale secolului 19. Ceea ce a fost considerată histerie, hipocondrie și a apărut mai tîrziu în termenul de neurastenie era domeniul de asistență al medicului generalist, cum a fost Briquet sau al unor neurologi cum au fost Westphal, Charcot și, inițial, Freud sau a unor psihologi cum a fost cazul P. Janet, dar aproape niciodată a psihiatrilor. Astfel Westphal în 1872 face descripția agorafobiei, și o consideră o manifestare nevropatică, iar Freud desprinde din neurastenie, nevroza de angoasă, ca un complex simptomatic sau sindrom.

Sub influența psihanalizei, conceptul clinico-biologic este supus revizuirii, prin atenția acordată surselor psihologice sau psihogene, a căror exprimare poate fi prezentă la orice persoană, punînd în discuție mai mult decît pînă atunci în cazul psihozelor, limitele dintre normal și patologic. Dificultatea a fost și mai severă pentru tulburările de personalitate, pînă atunci în atenția preocupărilor etico-morale, juridice sau filozofice, acele cazuri ce nici nu se găseau în spitale, ci în relațiile obișnuite în viața de fiecare zi.

J.L. Koch în „Die psychopathischen Minderwertigkeiten (1891-1895) studiază asemenea cazuri pe care le include în patologia psihică, deoarece manifestările lor provoacă

suferințe cazului însuși cît și societății. Dacă modelul sindromatic poate fi mai puțin aplicat nevrozelor, cu atît mai puțin se poate oferi acesta în tulburările de personalitate. Toate aceste tulburări au fost inițial văzute ca devieri sau abateri ale unor trăsături ce devin patologice prin intensitatea lor, dar există o continuitate între normal și patologic și, ca atare, nu poate fi aplicat sau generalizat un model categorial, ci unul dimensional și de analiză factorială.

Dezvoltarea studiului nevrozelor și a tulburărilor de personalitate, (în condiția unor alerte mutații ale relațiilor din societatea modernă) a sporit criticile la modelul kraepelian al clasificării bolilor psihice.

În perioada interbelică, Kurt Schneider aparținînd școlii de la Heidelberg, sub influența lui Jaspers (care a semnalat diferența dintre procesele explicabile și cele comprehensive) distinge bolile, de anormalitatea psihică, între acestea fiind o diferență calitativă radicală.

Bolile pot fi definite ca asocierea unui sindrom psihopatologic de o sursă sau o cauză biologică, cum sînt psihozele de cauză organică demonstrabilă, iar altele de cauză biologică, care nu au fost încă demonstrate, cum sînt psihozele endogene.

În raport de acestea, „anormalitatea psihică” este o devianță cantitativă, fără un substrat bio-patologic, care intră sub incidența criteriului medical prin suferința ce o instituie și acestea ar fi reacțiile, nevrozele și tulburările de personalitate. Se aplică astfel un model categorial psihozelor și un model dimensional celorlalte stări, fără a atribui chiar modelului categorial semnificația acordată de Kraepelin evoluției clinice.

Cu această schematică evoluție a unor concepte din psihiatria modernă, de cînd aceasta s-a plasat îndubitabil ca disciplină medicală, putem accede către criteriologia elementelor actuale de clasificare a bolilor psihice, fără a se putea epuiza dilematicul lor demers.

Este binecunoscută la noi, extinderea acestor importante cercetări, prin studiul și dezvoltarea unei criterio-

logii cât mai amplu cuprinzătoare, multidimensionale sau poliaxiale.

Tendința de orientare, dincolo de o relativitate a modelului socio-cultural privind boala mentală, este între alegerea dominantă a unui model categorial sau a unui model dimensional.

Acesta din urmă ar fi mai potrivit în cazul psihozelor funcționale, fiind oferit exemplul depresiei, unde modelul categorial ar stabili: diferența, dacă nu chiar disjuncția, dintre depresia endogenă și cea neendogenă. Unii autori merg mai departe, contestând disjuncția stabilită prin modelul categorial, dintre schizofrenie și psihoza maniaco-depresivă.

Caracterul complex al fundamentării conceptuale a psihiatriei ca și dificultatea integrării conceptuale a unor continue progrese din domenii diferite, dar care proiectează noi orizonturi în psihiatrie, acordă dinamismul și extensiunea unanim recunoscute cercetării și asistenței sale medicale. Sistemele de clasificare vor continua evoluția lor mereu perfectibilă fără a omite totuși observația pentru cele două sisteme internaționale, OMS și DSM III în care se exprimă dificultatea, dacă nu chiar evitarea, folosirii termenului de „boli psihice” acordându-se mai curînd preferința enunțului de „tulburări psihice”.

Cercetarea criteriologică rămîne pentru psihiatrie o necesitate în egală măsură teoretică, conceptuală, cât și aplicativă, în ansamblul asistenței medicale.

NEVROZELE

Nevrozele sînt afecțiuni psihice la limită cu normalitatea și fac parte din grupa reacțiilor sau dezvoltărilor cuprinse în marele capitol al psihogeniilor.

Prin psihogenie se înțelege un grup polimorf de afecțiuni psihotice și nevrotice determinate multifactorial, în care factorul etiologic principal îl constituie trauma psihică. Apariția și evoluția lor este influențată de factori somatogeni favorizanți, cât și de factori constituționali genetici predispozanți. De o importanță deosebită este starea generală somatopsihică în momentul acțiunii traumei psihice. Referindu-se la nevroze în general și neuroastenie în special, este dificil de a delimita precis unde se sfîrșesc stările de oboseală, epuizare, surmenaj și unde începe nevroza. În privința încadrării nosologice a nevrozelor s-au elaborat numeroase concepții care au luat în discuție diverse particularități legate de caracterul psihogen, reversibilitatea simptomelor, păstrarea atitudinii critice față de boală, ca și aspectul funcțional al tulburărilor.

Definiție. Nevrozele reprezintă un grup de afecțiuni reactive sau de dezvoltare patologică, determinate psihogen, exprimate clinic printr-un complex de tulburări psihice cu răsunet somatic, care sînt trăite în mod conștient și penibil de bolnav. Conținutul și dinamica tulburărilor sînt inteligibile legate de istoria dezvoltării subiectului, fără alterarea proceselor de cunoaștere și a discernămintului critic și fără alterarea evidentă a trăsăturilor definitorii ale caracterului și

personalității. P. Pichot menționează la acest ansamblu de afecțiuni psihice prezența în comun a unor trăsături caracteristice:

- tulburările de comportament induse sînt relativ minore;
- bolnavul păstrează conștiința caracterului morbid al tulburării sale;
- simptomele sînt psihologic comprehensibile, putîndu-se face o legătură inteligibilă între ceea ce bolnavul a fost anterior, circumstanțele vieții premorbidă și tabloul morbid actual.

În aceste afecțiuni, deși în unele cazuri au o evoluție trenantă, este totuși greșită identificarea noțiunii de cronicizare cu cea de ireversibilitate, deoarece „bolile funcționale” prin definiție păstrează caracterul reversibilității.

Epidemiologia. Din cauza diferitelor concepții privind încadrarea nosologică a nevrozelor, cît și a multiplelor posibilități de tratament ambulator în servicii diferite de medicină (internă, endocrinologie), aspectele epidemiologice reale sînt greu de stabilit. Morbiditatea, atît cît poate fi apreciată, variază de la țară la țară astfel: în S.U.A. și după autorii englezi, bolnavii de nevroză reprezintă 1/6 din clientela externă a spitalelor de medicină generală, iar 70% din pacienții care trec prin spitalele de psihiatrie sînt nevrotici. Din datele stabilite mai recent, pe o medie a mai multor țări, reiese că nevrozele ar constitui 15-30% din totalul afecțiunilor psihice. La noi în țară, după unele statistici, între anii 1959-1961, ar avea o frecvență de 1,46%, iar între anii 1964-1967 frecvența ar fi de 1,76%.

Clasificarea nevrozelor. Există în literatură numeroase clasificări, după interpretările date acestor grupe de afecțiuni. În utilizarea clinică adoptăm următoarea clasificare:

1. Neuroastenia (nevroza astenică);
2. Psihastenia (nevroza obsesivo-fobică);
3. Nevroza isterică;

4. Nevrozele mixte.

Neuroastenia (nevroza astenică)

A fost descrisă de Beard (1868-1880) ca „slăbiciune iritabilă a sistemului nervos”. Poate fi definită ca o afecțiune determinată psihogen, exprimată clinic printr-un complex de tulburări psihice și somatice, grupate în limitele „sindromului astenic caracteristic”, în afara unor suferințe viscero-umorale manifeste.

Simptomatologie. Debutul este caracterizat prin apariția unei stări de oboseală psihică, trăită penibil și cu teamă de către pacient. În mod progresiv, se concentrează mai greu, uită repede și își amintește cu dificultate unele date. În căutarea mobilizării eforturilor pentru a face față unor obligații curente, bolnavul obosește mai repede și trăiește senzația penibilă a eșecului. Tensiunea emoțională este alimentată de psihotraume și de faptul depășirii sale de activități altădată obișnuite. Sensibilitatea crește, trăiește evenimente obișnuite, ca și pe cele traumatizate într-o continuă neliniște și frământare, care se exacerbează penibil seara și noaptea, de unde senzația de oboseală fizică și epuizare psihică. Adormirea este dificilă din cauza senzațiilor penibile de oboseală și disconfort. Bolnavul devine iritabil și labil emoțional.

Perioada de stare. În expresivitatea manifestărilor clinice se conturează distinct aspectele unor simptome ca: astenia, cefaleea și insomnia.

Astenia manifestă pregnant scăderea inițiativei exprimată pe de o parte de excitabilitatea crescută, iar pe de altă parte de epuizarea rapidă la efort. Excitabilitatea crescută și epuizarea rapidă sînt de fapt cele două aspecte ale asteniei, care reprezintă simptomul de bază al neuroastenicului. Ea nu cedează la odihnă, este persistentă (uneori se scoală mai obosit, somnul nu este odihnitor), mai accentuat dimineața sau apare după 2-3 ore de la începerea activității. Excitabilitatea crescută se

exprimă prin situații în care emoțiile se provoacă ușor, iar exteriorizarea lor se inhibă greu, de unde și manifestările de minie, care nu corespund comportamentului anterior al bolnavului și nici nivelului său cultural. Creșterea sensibilității se manifestă și la nivelul diverșilor analizatori. Bolnavul nu suportă zgomotul, lumina, corpurile calde sau reci, acuză parestezii, senzații de aspect neplăcut în organism, crește sensibilitatea intero- și exteroceptorilor.

Cefaleea se întâlnește frecvent, aproximativ în 80% din cazuri. Are intensitate, localizare și caractere diferite. Poate fi difuză, cu senzație de casă sau cerc de fier strâns în jurul capului. Localizarea poate fi frontală, occipitală, temporală sau generală, întovărășită uneori de tulburări vegetative sau vestibulare.

Insomnia este uneori foarte persistentă, bolnavii adorm greu, somnul nu este odihnitor, deseori cu vise și coșmaruri.

Senzația de disconfort somato-psihic este întreținută și de cene-stopatii, de tulburările senzitive, senzoriale și viscero-vegetative. Se pot constata manifestări vestibulare, tulburări de vedere și auditive, senzații de furnicăături la nivelul membrelor și rahialgii. Acuza cu același caracter neplăcut se întâlnesc și la nivelul diferitelor aparate și sisteme, în special la nivelul aparatului cardio-vascular și digestiv. Bolnavul se preocupă insistent de starea lui, devine neliniștit, anxios, capacitatea de concentrare scade, acuză frecvent tulburări de memorie.

Forme clinice

1. Forma simplă, corespunde descripției făcute.
2. Forma depresivă caracterizează tabloul clinic al depresiei nevrotice. Depresia din nevroză nu realizează totuși dezinteresul și dezgustul față de viață caracteristic depresiei psihotice (endogene). Nevroticul își plînge situația, dar dovedește interes

și luptă pentru a ieși din impas. Chiar dacă acest aspect nu este totdeauna evident, el se poate deduce din docilitatea față de metodele terapeutice. Clinic, forma depresivă se caracterizează prin scăderea activității psihomotorii, dispoziție tristă, deprimată, faciesul trădează suferință morală, uneori nuanțe de desnădejde cu scăderea interesului față de ambianță, hiperactivitate motorie și gestuală, dînd impresia uneori a unui om posomorît, plictisit, obosit. Simptomele nevrotice de bază sînt prezente, însoțite uneori de anxietate, legată de preoșuparea neliniștită a bolnavului de boala sa.

3. Forma anxioasă. Anxietatea deși prezentă ca reacție în toate formele clinice de neuroastenii, poate predomina tabloul clinic prin dezvoltarea aspectului de neliniște anxioasă, legată fie de situații traumatizante trăite, fie față de propria sănătate. Depresia psihică este de obicei însoțită de excitație psihomotorie asociată cu tulburări viscero-vegetative și senzo-motorii. Pe acest fond anxios pot apărea și unele obsesii cu note hipocondrice și cene-stopate.

4. Forma cene-stopată este forma clinică cea mai trenantă. Tabloul clinic este dominat de acuza somatică, uneori cu caracter migrator, instabil, alteori fixate la diferite aparate și viscere. Trăirile penibile prin fixarea acuzelor cene-stopate, la unele aparate de importanță vitală (cardiovascular, respirator), determină deseori bolnavul să solicite consultații și investigații la diverse specialități medicale. Uneori acuza somatică sînt atît de polimorfe și ample încît pacienților le vine mai ușor să spună ce nu-i supără decît ceea ce simt. Cefaleea, arsurile, înțepăturile, diverse senzații cu caracter neplăcut, paresteziile și jena precordială, senzațiile de sufocare (lipsă de aer), acuza diverse în regiunea epigastriacă, balonări, arsuri, anorexie, inapetență psihică, dau tabloului clinic o nuanță caracteristică. Toate aceste acuza au însă un caracter subiectiv, funcțional, intensitatea lor scade prin distragerea atenției, iar la

dezinhibiția cu amital sodic și cofeină pot dispărea total.

Evoluție. Nevroza are un caracter reversibil cu restabilirea totală a capacității de muncă. Totuși, un anumit procentaj (30%) poate avea o evoluție trenantă.

Astfel s-a încercat să se delimiteze trei stadii în evoluția bolii (O.V. Kerbikov):

Primul stadiu este dominat de astenie și tulburări emoționale induse de situații traumatizante, iar pe măsura evoluției, simptomatologia astenică se extinde și predomină asupra tulburărilor emoționale. Dacă nu se obține remisiunea în 2-3 luni se ajunge la stadiul al doilea, cu agravarea simptomatologiei astenice și a tulburărilor neurovegetative, ce predomină tabloul clinic. La această fază se ajunge în condițiile în care psihotrauma persistă sau tensiunea psihică supralimănară nu este înlăturată. Evoluția trenează și se poate prelungi pe o durată de ani. Trecerea la stadiul al treilea, îmbracă de obicei aspectul unei dezvoltări nevrotice susținută de persistența factorilor psihotraumatizanți și de personalitatea premorbidă a bolnavului.

Tabloul clinic în acest stadiu de evoluție este dominat de elemente hipocondrice și de manifestările reactive față de acestea. Tulburările emoționale sînt mai palide, factorii psihogeni nu-și mai găsesc proiecția în tabloul clinic. În această fază apar frecvent modificări caracteriale: șovăială, reținere, reacție de apărare de aspect pasiv, lipsă de inițiativă, care se împletesc cu fondul depresiv. Aceste modificări caracteriale nu perturbă structura capacității de inserție socială, întrucît bolnavul recunoaște aceste manifestări și analizează critic și neliniștit trăsăturile sale noi. Preocupările hipocondriace se manifestă sub forma aprecierilor cu totul disproporționate ale stării de sănătate sau a convingerii de existența unei boli grave incurabile. Cu toate acestea persoana nevrotică nici în

această fază nu-și modifică în mod esențial caracterul, personalitatea păstrînd capacitatea menținerii unor relații apropiate normalului.

Diagnosticul diferențial al neurasteniei. Poliformismul acuzelor, cît și al simptomatologiei clinice impune eliminarea unor afecțiuni somatice generale și locale, de aceea, diagnosticul diferențial se face cu:

- bolile somatice generale (toxice, traumatice etc); cu afecțiuni psihosomatice (boala hipertensivă în stadiul I și II);
- boli somatice locale (spondiloza cervicală, nevralgii de Arnold, sinuzite, apendicite, colite, colicistite, boli genitale etc);
- sindroamele nevrotiforme din bolile endocrine, neurologice, traumatisme cranio-cerebrale, tumori cerebrale, cu tulburări psihice de etiologie cunoscută din toxicomanii, alcoolism cronic, P.G.P.
- psihozele endogene în faza de debut cum ar fi: schizofrenia, P.M.D., psihozele legate de maternitate, depresia reactivă psihotică.

Deoarece s-a folosit termenul de sindrom nevrotiform, trebuie să înțelegem prin aceasta tulburările de aspect nevrotic apărute în contextul de fațadă al unor boli organice, ca și debutul unor psihoze endogene sau cu etiologie cunoscută, cu simptomatologie de aparență nevrotică.

Profilaxie. Profilaxia sănătății mintale și a nevrozelor în egală măsură implică un complex de măsuri capabile să asigure afirmarea personalității în relațiile sale cu ambianța. În acest sens dezvoltarea și perfectarea capacităților integrative ale personalității, în toate etapele de viață constituie conținutul măsurilor de profilaxie a nevrozei.

Educația și instruirea, orientarea profesională și prevenirea situațiilor conflictuale care întrețin și agravează suprasolicitarea cu efecte pasagere sau durabile psihotraumatizante sînt referințele profilaxiei la

care participă în egală măsură factorii medicali și cei comunitari. În aceeași categorie de acțiuni se înscriu și toate modalitățile de sanogeneză prin care se asigură organismului și întregii personalități umane capacitatea unei afirmări în relațiile de viață.

Tratament. Eficacitatea tratamentului este în funcție de precocitatea depistării, de natura factorilor nocivi psihotraumatizanti, ca și de întreruperea activității, la situațiile în care factorii de epuizare predomină tabloul clinic. Scoaterea din mediul psihotraumatizant (familie, loc de muncă) apare indicată în cazurile în care predomină elementele reactive la situații intense traumatizante.

Tratamentul medicamentos se adresează simptomatologiei de bază, urmărind să obțină diminuarea stării de iritabilitate, a trăirilor emoționale, a anxietății, refacerea ritmului somn-veghe. Se administrează preparate cu acțiune sedativă (săruri de brom, barbiturice, sedative de origine vegetală-nervocalm, distonocalm, amital sodic). Se indică de asemenea tranchilizante minore (hidroxizin, meprobramat, napoton, diazepam, oxazepam). În raport de intensitatea simptomelor și tenacitatea bolii se pot aplica neuroleptice cu efect sedativ, hipnotic și anxiolitic (clordelazin, tioridazin, levomepromazin). În formele cenestopate se administrează de preferință diazepam, tioridazin, truxal, iar în formele mai grave haloperidol, stelazin, fluanxon sau lyogen în doze mici, încât efectele adverse să nu exacerbeze simptomatologia cenestopată. În afară de acestea se mai utilizează psihotone de tip metabolizant, vitamine (B₁, B₆, B₁₂), fosfobion, encephabol, lecitină, meclofenoxat. Terapia trebuie să fie dinamică în diverse combinații terapeutice în funcție de forma clinică și de toleranța individului.

II. Nevroza obsesivo-fobică

Se definește ca o afecțiune psihică determinată psihogen în care tabloul clinic este dominat de sindromul „obsesivo-fobic”. Descrisă de P. Janet, dinamica și con-

cepțiile despre această afecțiune au variat în funcție de autori, mai ales în privința rolului „terenului” în patogeniza bolii.

Simptomatologie. Debutul este între 15-40 ani, mai frecvent până la 25 ani, afecțiunea fiind precedată de o fază prodromală variabilă, caracterizată prin tendință la aderență față de anumite impresii și idei, o anxietate particulară, descărcări afective disproporționate, astenie.

Boala propriu-zisă, poate să înceapă prin trei grupe principale de simptome, oboseli ideative, tendințe și acțiuni obsesive și frici obsesive sau fobii.

În mod caracteristic bolnavii, deși își dau seama de caracterul parazitar al acestor simptome, nu pot să le înlăture; păstrând o atitudine critică față de ele, înțeleg natura lor patologică, iar de multe ori se jenașă să le exprime.

Obsesiile ideative, constau în apariția și persistența în conștiință a anumitor fraze având un caracter neplăcut sau a unor amintiri obsesive.

Ideile obsesive. Au caracterul unor ruminatii de aspect abstract, filozofic, contradictoriu (arguțiile obsesive), fără importanță reală pentru bolnav. **Indoielile obsesive (boala îndoielii)** au caracteristică nesiguranța referitoare la propriile acțiuni, ajungându-se la o adevărată „manie a verificărilor”.

Obsesiile de contrast. Conținutul lor este inacceptabil neplăcut sau chiar dezgustător pentru bolnav, îi creează o stare de indignare (idei de a lovi sau a răni) de a produce accidente, uneori îmbracă caracterul imoral, injurios. Ele sînt în profundă discordanță sau chiar opuse convingerilor pacientului.

Tendințe și acțiuni obsesive. Se caracterizează prin impulsii către acte periculoase, vătămătoare, asemănându-se cu obsesiile de contrast, dar în plus, bolnavii simt o puternică pulsione către acțiune, fapt care le trezește panică și anxietate. Starea de teamă de a nu comite actul impulsional, se numește compulsione. Uneori, tendințe-

le obsesive au caracter inofensiv, nu sînt întovărăşite de compulsii şi bolnavul le execută întrucît neexecutarea lor crează stare de tensiune şi anxietate.

Acţiunile obsesive se pot produce împotriva voinţei pacientului, iar cu timpul pot intra în obişnuinţă. Sînt reprezentate de gesturi şi expresii verbale. În unele cazuri, aceste acţiuni sînt organizate într-un anumit mod, luînd aspectul unor adevărate ritualuri şi se repetă mereu în aceeaşi succesiune. Atunci cînd ritualurile capătă forme excesiv de rigide, se numesc cereemoniale şi sînt caracteristice formelor grave.

Fricile obsedante sau fobiile. Fobiile se definesc ca teamă intensă, dureroasă, lucidă şi recunoscut inutilă, de obiecte sau fenomene bine precizate. În raport de tematică ele se împart:

- pantofobii - frica de tot şi nimic (Ribot);
- fobii de obiecte (obiecte ascuţite, maşini etc);
- fobii de locuri şi oameni - agorafobia (spaţiu deschis), claustrofobia (spaţiu închis);
- fobii de boală şi moarte (nozofobia, sifilofobia, cancerofobia, cardiofobia etc).
- fobii de fiinţe (zoofobia etc.).

Evoluţie. Se cunosc diverse modalităţi evolutive: forme de tendinţă la trenare şi cronicizare; evoluţii fluctuante; evoluţii fazice.

Forme clinice

1. Forma anxioasă. Tabloul clinic este dominat de acuzele anxioase difuzate pe plan intelectual, cu o stare generală de aşteptare a pericolului.

2. Forma fobică. Anxietatea este mai concentrată, este o anxietate fixată pe obiect.

3. Forma obsesivă în care predomină obsesiile ideative şi acţiunile obsesive;

Diagnosticul diferenţial. Se impune cu debutul A.S.C. şi P.G.P., schizofrenie şi P.M.D. De asemenea, este nece-

sar de a se stabili diagnosticul diferenţial între nevroza obsesivo-fobică şi psihopatia psihastenică.

Tratamentul este diferenţiat în raport de forma clinică şi personalitatea premorbidă a pacientului. Se utilizează sedative, tranchilizante, neuroleptice. În afară de aceste medicamente, în formele severe unii autori recomandă psihochirurgia (cingulectomia anterioară, întreruperea fasciculelor talamo-frontale sau talamo-cingulate).

III. Nevroza isterică

Se delimitează în cadrul nevrozelor prin motivaţia psihogenă a unor tulburări psihice, motorii şi senzitive, sub formă de crize şi accidente isterice, capabile să fie reproduse prin sugestie şi să dispară prin influenţa persuasiunii, la personalităţi fără disarmonii structurale (ceea ce o deosebeşte de psihopatia isterică).

Simptomatologie. Tulburările apar episodic, în condiţii psihotraumatizante şi au o evoluţie în general benignă.

1. Manifestările paroxistice (crizele isterice) Imbracă o mare variabilitate clinică de aspectul lipotimiilor, crize tetaniforme, crize vertiginoase, convulsive, crize de contractură în arc de cerc, crize de excitaţie isterică. Marile crize sînt în prezent rare, fazele nu mai respectă succesiunea descrisă de Charcot. În general, criza îmbracă un caracter zgomotos, apare în condiţii psihotraumatizante, ceea ce demonstrează caracterul ei psihogen. Poate începe cu o senzaţie de rău general şi nod în gît (bulă esofagiană), respiraţia se modifică, apoi bolnavul cade fără să se lovească. Pot urma secuse musculare clonico-tonice, contracturi, mişcări dezordonate. Durata este variabilă de la cîteva minute la ore. Crizele se desfăşoară de obicei în prezenţa unui anturaj, care poate influenţa negativ durata ei, prin ajutorul care încearcă să i-l dea. Ele pot fi modificate sau întrerupte prin diverse metode de stimulare verbală sau compresii locale. Dacă nu i se dă importanţă, criza se sfîrşeşte mai

repede. In asemenea situații, diagnosticul diferențial trebuie făcut cu epilepsia sau tetania. Starea de conștiință nu dispăre, dar suferă un anumit grad de schimbare. In criza isterică, pacientul nu-și mușcă limba, nu pierde urina, pupilele sînt normale, reflexul corneean rămîne prezent și nu apar reflexe patologice. Crizele de agitație psihomotorie isterică au un caracter dramatic zgomotos, cu plîns și nuanțe de agresivitate (sparge obiectele din jur) și autoagresivitate (își mușcă mîinile, își smulg părul, lovesc cu picioarele) și nu este exclusă posibilitatea provocării unor leziuni în mod demonstrativ. In general, crizele au tendință de repetiție.

2. In alte situații, tulburările isterice pot îmbrăca aspecte neurologice: paralizii, spasme, contracturi. Paralizile pot îmbrăca aspectul unor monoplegii, mai frecvent pe stînga și la membrul inferior însoțite de o anestezie în șosetă, hemiplegii și paraplegii. In aceste situații mersul este caracteristic, bolnavul trage membrul inferior „paralizat” ca un corp inert, fără circumducție, măturînd cu el solul (mersul lui Food). Se descrie de asemenea și sindromul lui Laségue caracterizat prin monoplegia membrului inferior cu anestezie globală, fără controlul vederii. Important de reținut este faptul că paralizile și anesteziile nu respectă sistemul anatomic de inervație, fără tulburări obiective neurologice și apar „în manșetă”, „în jigou”, „în mîneacă”.

Astazia-abazia, ca manifestare a nevrozei isterice, apare cînd bolnavul stă în picioare și el nu-și poate menține echilibrul, are mișcări pseudotactice ale trunchiului, caută sprijin dar nu cade. Contracturile și spasmele au localizări diferite (blefarospasm, torticolis). Mișcările anormale se manifestă sub formă de tremurături, ticuri, mișcări de aspect coreic. Printre tulburările motorii mai deosebite, dar rar întîlnite, semnalăm „letargia isterică” (moarte falsă) și aspectele cataleptice isterice (rigiditate deosebită a corpului aflat în extensie).

3. Tulburările senzitive, numite și stigmatе isterice, sînt de tipul anesteziilor și hiperesteziilor.

Localizarea lor topografică depinde de închipuirea bolnavului și nu de topografia căilor senzitive.

4. Tulburări senzoriale. Mai semnificative sînt cecitatea isterică, ambliopia, diplopia, scotoame etc. Reflexele pupilare sînt normale. Surditatea isterică este de obicei totală, dar dispăre în somn. Afonia este labilă și scade sub hipnoză. Algiile îmbracă aspectul unor dureri regionale psihogene. Topografia este variabilă (rahialgii, cefalee, artralgi) descrise de pacient metaforic și cu amănunte.

5. Tulburări viscero-vegetative și trofice. S-au descris crize de angor, tuse și spasme respiratorii, pseudoapendicite, ocluzii spastice, spasme laringiene, anorexie psihică, greață, vărsături, glob vezical isteric, vaginism, modificări sexuale, crize sincopale isterice. In general, manifestările nevrozei isterice pot îmbrăca un tablou polimorf interesînd toate aparatele și sistemele. Tulburările isterice se deosebesc de cele psihosomatice, astfel pentru isteric corpul este un instrument, în timp ce pentru proiecția bolnavului psiho-somatic aceasta apare ca o victimă. Comună în ambele situații este rezolvarea conflictului pe calea conversiunii corporale..

6. Tulburări psihice. Caracteristic pentru isterie sînt sugestibilitatea și autosugestibilitatea, teatralismul, de care se leagă tendința de a dramatiza. Se mai pot întîlni amnezii psihogene, fugi isterice, acuze cenestopate, astemie, depresie nevrotică isterică.

Diagnostic diferențial. In primul rînd, se face cu crizele comițiale, elementele de diferențiere fiind deja expuse. Crizele spasmofilice prezintă elemente obiective, crampe musculare, modificări ale E.M.G. Crizele sincopale se caracterizează prin pierderea scurtă a lucidității conștiinței cu tulburări neurovegetative.

Accidentele isterice cu aspect neurologic trebuie deosebite de afecțiunile neurologice, care au semne obiective. Diagnosticul diferențial se mai impune și cu alte boli psihice și anume schizofrenia la debut,

psihopatia isterică și, în final, cu simulația.

Evoluția afecțiunii este benignă, dar depinde de factorii etiologici (persistența lor) cât și de personalitatea premorbidă.

Tratament. În aplicarea lui este necesar să se țină seama de factorii psihotraumatizanți și posibilitatea neutralizării lor. Se recomandă în general psihoterapie și terapie medicamentoasă în funcție de forma clinică și tulburările psihice, în modalitățile de tratament al nevrozelor.

IV. Nevrozele mixte

În această grupă autorii introduc acele tulburări psihice la interferența dintre neuroastenie, nevroza obsesivo-fobică și tulburările din sfera somato-motorie, care au predilecție mai ales asupra vârstei copilăriei. Cele mai frecvente forme sînt:

1. Nevroza ticurilor - mișcări fără scop, bruște, rapide și repetate care reproduc schematic o mișcare sau un gest. Apar între vîrstele de 4-7 ani și 13-15 ani, dar pot fi întîlnite și la adult. Simptomatologia este extrem de variată, manifestările motorii putînd interesa orice grupă musculară. Unii autori le numesc „caricaturi ale actelor naturale”. Ele dispar în somn și se agravează în stări emoționale sau de oboseală precedate de o stare de tensiune și disconfort. Din punct de vedere etiologic, ele au la bază o imitație, fixarea unor reacții de apărare. Diagnosticul diferențial se face cu coreea acută, spasmele și miocloniile. Tratament: se utilizează medicamente anxiolitice, sedative și de tonifiere generală (preparate de brom, calciu, vitamine, meprobamat, napoton, diazepam, tioridazin) și haloperidol care după unii autori ar da rezultate bune.

2. Logonevrozele sau bîlbîiala nevrotică sînt tulburări funcționale determinate psihogen, caracterizate prin tulburări ale funcției musculaturii ce intervine în fonatie. Bîlbîiala este forma cea mai frecventă avînd

clinic o expresie tonică, una clonică și mixtă tonico-clonică. Tratament. În afară de intervenția medicului este necesar și un logoped. Se impune înlăturarea factorilor psihotraumatizanți, reducerea stării de tensiune cu medicație anxiolitică, sedare neurovegetativă și tonice generale.

Crampetele profesionale sau funcționale sînt înțelese ca o contractură pasageră apărînd cu ocazia executării unui act voluntar bine determinat și totdeauna același. Apar în timpul scrisului, la dactilografe, instrumentigii etc. Pentru alte activități membrul afectat este funcțional normal. Cea mai frecvent întîlnită este crampa scriitorului, care se caracterizează prin apariția unei jene la scris, care imobilizează într-o poziție forțată degetele cu crisparea lor pe toc, putînd fi antrenate și mușchii antebrațului, brațului și gîtului. Fără creion bolnavul poate exercita voluntar mișcările ce imită scrisul. Tratamentul se efectuează prin repaus prelungit, la care se adaugă medicație anxiolitică, sedativă, miorelaxantă și de tonifiere generală, tratament fizioterapic, exerciții de reeducare.

4. Enurezisul nevrotic este o micțiune completă, involuntară și inconștientă, survenind mai frecvent în cursul somnului la un copil mai mare de 3 ani. Apare în condiții psihotraumatizante și în context nevrotic. Diagnosticul enurezisului nevrotic trebuie bine precizat. Pentru aceasta se impune eliminarea altor afecțiuni cum ar fi malformațiile congenitale ale măduvei spinării și coloanei vertebrale, urogenitale, leziuni cerebrale sechelare, parazitaze, diabet zaharat și insipid, epilepsia. Tratamentul nevroticului enuretic ia în considerație elementele de ambianță și perturbările psihologice. Este necesar înlăturarea situațiilor traumatizante, schimbarea unor stereotipuri legate de cameră și pat, de asemenea înlăturarea încărcăturii afective negative. Se aplică un regim dietetic prin reducerea ingestiei de lichide seara și o cină ceva mai sărată pentru reținerea apei. Se

utilizează tranchilizante, tinctură de belladonă, cofeină, benzedrină și tratament tonic general.

Encoprezisul - pierderea inconștientă și involuntară de materii focale se întâlnește rar; și mai rar apare într-un context nevrotic.

Pavorul nocturn nevrotic și automatismul ambulator nevrotic

Sînt tulburări ale somnului în condiții psihotraumatizante. Aceste afecțiuni întovărășesc tabloul clinic al unor nevroze.

Pavorul nocturn, este o tulburarea de somn, episodică în care simptomul principal este spaima. Fără cauză aparentă, pacientul se trezește, țipă, gesticulează, fața este congestivă, respirația dispneică, pulsul accelerat. Mimica și comportamentul exprimă frica. Contactul cu ambianța este absent sau fragmentar. După cîteva minute totul intră în normal, pacientul readoarme, iar dimineața are amnezia evenimentului produs. Alte ori, acest episod poate lua aspectul automatismului ambulator nocturn, considerat ca „Un somn cerebral într-un corp vigîl”. Pacientul se ridică, umblă prin cameră cu ochii deschiși, privirea fixă, mișcări lente și dezordonate. În timpul deambulației pacientul nu vorbește, nu răspunde la întrebări, uneori însă pronunță frînturi de cuvinte, după care se întoarce în pat și își continuă somnul. Deambulația poate fi de durată mai lungă. Trezit în această fază cu greutate, este dezorientat, confuz, nu știe ce s-a petrecut cu el. Diagnosticul diferențial se face cu epilepsia, spasmofilia, parazitoze intestinale, afecțiuni gastro-intestinale, vegetații adenoidale, alimentație nerațională. Tratamentul presupune eliminarea cauzelor, scoaterea din ambianță, medicație cu acțiune anxiolitică, sedativă, hipnotică (meprobamat, napoton, diazepam, barbiturice etc.). Unii autori citează rezultate bune cu imipramină.

Psihoterapia în nevroze. Nevrozele constituie domeniul cel mai vast de aplicare a psihoterapiei. În neurastenie pot fi aplicate toate metodele psihoterapiei

cu selectare după particularitățile fiecărui caz. Se pot folosi sugestia directă sau indirectă, metode de relaxare (Schultz). În alte forme clinice se mai pot folosi și tehnica subnarcozei cu barbiturice etc.

În nevroza obsesivo-fobică, majoritatea psihiatrilor aplică psihanaliza, în scopul „dezvăluirii și al catharsisului”, pe de o parte și de condiționare prin metode comportamentale a unor obsesii și fobii. Se mai utilizează terapia prin subnarcoză cu barbiturice, psihoterapia de sinteză și reconstrucție Vitoz, psihoterapia nondirectivă Rogers, metode de relaxare și psihodrama. În nevroza isterică psihoterapia se face prin transfer pozitiv, negativ și contratransfer. Sugestia hipnotică are o indicație majoră, de asemenea terapia prin subnarcoză cu barbiturice are indicații de elecție. Nu se recomandă metode psihoterapice de grup, tehnici de relaxare, care se bazează pe autohipnoză și autosugestie. Se mai utilizează gimnastica medicală, ergoterapia și kineziterapia, selectarea celor mai bune modalități de psihoterapie fiind de competență medicală, în raport de particularitățile clinice ale bolnavului.

PSIHOPATIILE SI STARILE PSIHOPATOIDE SAU DE
PSIHOPATIZARE A PERSONALITATII

Ca definiție, psihopatiile constituie categoria polimorfă de dezvoltări patologice ale personalității, prin dizarmonii care se exprimă constant, dar cu intensitate diferită, în atitudinile față de sine și ambianță. Deși funcțiile de cunoaștere pot avea o normală dezvoltare, prin ansamblul trăsăturilor de caracter persistă incapacitatea personalității de integrare în relațiile de viață și activitate, cu păstrarea de regulă a discernământului asupra acestora.

Noțiunea de dizarmonie, care definește o personalitate patologică, se referă la caracterul de predispoziție a unor procese instinctivo-emoționale, care în ontogeneza personalității structurează ca defect dominant aprecierea deformată a propriei persoane în sistemul ei de relații (egofilie) și realitate.

Predispoziția sau trăsăturile innăscute acționează prin imaturizări sau dezvoltări inegale ale unor funcții psihice, care în condiții specifice de mediu se exprimă prin modalități variate de devianță comportamentală.

În aprecierea distinctă a psihopatiei, a limitelor și particularităților lor clinice folosim criteriile psihiatrice de analiză a personalității. Astfel, varietația tipurilor de personalitate, a reacțiilor comportamentale firești și nepatologice, ca și diversele forme de disociabilitate și devianță comportamentală, nu pot și nu trebuie să fie cuprinse în categoria medicală a psihopatiilor. Se distinge astfel în mod caracteristic pentru psihopatii semnificația în totalitate a trăsăturilor pato-

logice ale personalității și care se manifestă pe tot parcursul existenței sale, cu o intensitate și o dinamică ce o situează la limita dintre sănătate și boală.

Psihopatiile prin aspectul simptomelor și caracterul denumit „de limită cu normalitatea” al personalităților dizarmonice, constituie și în prezent terenul de cercetare, dar și de confruntare a unor puncte de vedere teoretice asupra etiopatogeniei formelor clinice sau chiar a apartenenței lor nosologice.

Istoricul acestor orientări este atribuit medicului englez J.C. Pritchard, care în 1835 a folosit denumirea de „moral insanity” pentru cazuri clinice ce corespund înțelegerii actuale a psihopatiilor. Întrucât de la această etapă, ca și în prezent, cu tot progresul de cunoștințe obținute, persistă diferența în punctele de vedere asupra conținutului și limitelor nosologice ale psihopatiei, sînt necesare cîteva precizări asupra înțelegerii lor medicale.

Aspectele generale privind conținutul și limitele psihopatiilor se referă la trăsăturile distincte și definitorii prin care se operează elaborarea diagnosticului. Astfel ceea ce definește și în același timp diferențiază psihopatiile de alte dezvoltări ale personalității sau devianțe comportamentale, constă în ansamblul, caracterul permanent, intensitatea și dinamica trăsăturilor care formează structura dizarmonică, ca dezvoltare patologică a personalității. Prin aceste caracteristici deduse din observația directă, analiza psihopatologică și studiul longitudinal al personalității, psihopatiile se diferențiază de nevroze, de psihosindroame și dezvoltări reactive de intensitate nevrotică, psihopatică sau psihotică. În același timp, multiple aspecte clinice comune pot rezulta din evoluția agravată, simptomatologia secundară sau chiar din manifestările psihoreactive episodice ale comportamentului relațional. Limitele tranșante dintre psihopatii și tipurile de reacții comportamentale și dez-

voltări ale personalității, în toate etapele sale de existență, sînt greu de precizat, datorită trecerii, dinamicii sau concomitenței sindroamelor psihopatologice, în complexele relații dintre persoană și ambianță. Astfel s-a profilat tendința diferențierii etiopatogenice a psihopatiilor în forme denumite „vera” sau „nucleare” prin structură constituțională sau heredogenetică și altele de formă „marginală”, prin acțiunea condițiilor defavorabile de existență.

Prima categorie se distinge prin precizarea manifestărilor încă din vîrsta copilăriei, cu defect de integrare prin conflicte intra- și interpersonale pe tot parcursul vieții, anormalitatea fiind efectul constituției înăscute.

În analiza clinică a cazurilor cu dezvoltarea disarmonică a personalității, deseori în criteriul etiopatogenetic este greu de segregat factorialitatea heredogenetică, înăscută, de cea dobîndită, psihoreactivă (psihogenetică). De aceea, în intervenția medicală (examen clinic, tratament, recuperare) sîntem orientați de analiza atât a factorilor predispozanți, cît și a celor relaționali, de ambianță, stabilind raportul lor de participare (dominanță, sinergie) în vederea alegerii celor mai potrivite măsuri de asistență. O rică explorare privind etiopatogenia este un studiu complex (biochimic, psihologic, microsociologic) al fiecărui caz în parte, pentru a nu fi înșelați de aparențe secundare, necaracteristice, izolate și episodice. Criteriul psihiatric de apreciere etiopatogenetică, clinică și de prognoză a psihopatiilor este competent prin caracterul său unitar, medical integrativ, antropologic și social.

Frecvența și răspîndirea psihopatiilor este greu de stabilit la întreaga populație, datorită neconcordanței dintre criteriile de definire și luării în evidență medicală, de obicei, a cazurilor ce se impun prin gravitatea lor. După aprecieri relative, psihopatiile ar constitui 5-7% din populație.

Clinica psihopatiilor este ilustrată de varietatea formelor de prezentare, care întrunesc totuși trăsăturile distincte și definitorii pentru categoria nosologică din

care fac parte. Astfel, din analiza clinică a cazurilor se degajă o simptomatologie variată și deseori bogat ilustrată de tensiuni emotive, inițiative și acțiuni contradictorii, care decurg în mod esențial din dificultatea permanentă a unei integrări în relațiile obînuite de viață și de activitate. Această dificultate de integrare privește cadrul familial, relațiile de grup caracteristice oricărei etape de vîrstă, în școală, profesiune sau contactele obînuite de existență. Modalitățile sale de exprimare cuprind, datorită unor funcții de cunoaștere normal dezvoltate, tendința de justificare și explicații plauzibile dar, cu un conținut de imaginație vie, mitomanii, confabulații, susceptibilitate crescută, reacții explozive, impulsive, psihoplasticitate cu instabilitatea conduitei.

O altă trăsătură distinctă este aprecierea deformată a propriei persoane în relația față de sine, față de ambianță și de realitate. Într-o formă directă, sau alteori într-un proces al cărui debut pare contrariu, se afirmă supraestimarea propriilor calități, drepturi, nevoi, fără a lua în considerare și cele ale altora și fără a le raporta la realitate în sensul permisibil, etic sau altruist.

Această trăsătură de egofilie (P.Brânzei), ca hipertrofia patologică a valorii proprii, este în contrast cu minimalizarea pînă la anulare a valorii celorlalți sau, uneori, în condițiile complexe ale relațiilor de viață, acceptarea cu versatilitate a flatării, lăcomiei, supraestimării intenționate a persoanelor de la care se speră beneficii. În numeroase situații „de suferință” expuse de psihopat în legătură cu trăsăturile sale egofile se degajă insensibilitatea sa morală, lipsa de altruism sau compasiune, față de suferințele reale ale altora, absența alterității prin nedezvoltarea sau pervertirea sentimentelor morale și sociale. În acest sens, de la indiferentismul emotiv față de suferința altora se poate ajunge la plăcerea instinctuală de a provoca și întreține aceste suferințe.

Dificultățile legate de capacitatea de integrare și egofilia, ca trăsături caracteristice, întrețin permanen-

ta conflictualitate a psihopatului, mereu nemulțumit de poziția sau gradul de considerație ce i se acordă. Această stare de nemulțumire și tensiune este atât de caracteristică încât a fost preluată ca element definitoriu (K. Schneider), cu referire la caracterul anormal al psihopatului care îl face să sufere singur și să provoace în același timp suferința altora. Impulsivitatea, scăderea capacității de frânare a reacțiilor instinctivo-emoționale, agravate deseori de alcoolism sau alte toxicomanii generează violența, diverse forme de impact, delincvență și autoagresiune (automutilare, tentative de sinucidere).

În formele clinice ale psihopatiilor se poate distinge ca dominantă una din trăsăturile caracteristice descrise, dar analiza integrală a personalității, prin studiul antecedentelor și comportamentul relațional dezvoltă existența și a celorlalte, care în dinamica situațiilor de viață s-au putut evidenția cândva, la rîndul lor, cu o intensitate majoră. Semnificația simptomatologiei este astfel apreciată în contextul particularităților de vîrstă, de situație, de normativitatea de referință și desigur de încă alte aspecte, dar ea angajează patologic, integral și constant întreaga personalitate. Se începe din etapele dezvoltării infanto-juvenile prin paroxismele unor stări psihomotorii, apoi se continuă cu tulburări de comportament, eșec adaptativ și se repetă implacabil în șirul unor situații de conflict și evidentă patologie caracterială.

Clasificarea și formele clinice. ale psihopatiilor
Iau în considerare simptomele ce se impun ca dominante, repetabile și caracteristice unei personalități în sistemul ei de relații. În practica și terminologia clinică au fost folosite diferențierile în baza unei simptomatologii raportate la tipologia psihozelor și nevrozelor, astfel s-au folosit denumirile de psihopatie cicloidă, schizoidă, paranoică, epileptoidă, neurastenică, isterică. Deși sugestivă această clasificare prin criterii constituționaliste, lasă nedistincte tipuri de procese a căror aparență nu se identifică întotdeauna cu patogeneza atribuită.

Fără a considera definitive și epuizate cercetările privind sistematizarea formelor clinice, se descriu următoarele tipuri de psihopatii:

1. Psihopatii excitabile (sau, mai clar definite, cu excitabilitate reactiv comportamentală explozivă), se caracterizează prin crize de mînie, prinstări reactive explozive cu agitații psihomotorii în copilărie, iar mai târziu prin reactivitate zgomotoasă, primară, violentă, de tipul scurtcircuitării ca reactivitate comportamentală bruscă și explozivă. Incapacitatea frînării acestor izbucniri este evidentă prin repetabilitatea lor, deseori cu apariție și epuizare bruscă, dar cu un fond ce întrunește toate celelalte trăsături dizarmonice. Forma de apariție și desfășurare a acestei reactivități explozive a făcut să se acorde acestor cazuri, de către unii autori, denumirea de psihopatie epileptoidă.

2. Psihopatii instabile - se recunosc prin superficialitatea înconștientă și motivația nestăpînită a îndeplinirii unor dorinți imediate, ca expresie a unei imaturități psihice și a personalității. În perioada dezvoltării infanto-juvenile comportamentul lor se caracterizează prin oscilația dintre stări expansive, cu dorința obținerii unor satisfacții imediate și demobilizări facile, prin eșecul de a le putea obține printr-un efort de voință și activitate. La vîrsta adultă persistența acestor trăsături ia forme de superficialitate în acțiuni, labilitate emotivă și insuficiență a activității voluntare. Comportamentul se desfășoară pe fondul unei dispoziții euforice, cu facila trecere, prin eșec, la depresii, cu acte de comportament compensatorii: intoxicații etilice, abandon prin fugă patologică, dezertare, vagabondaj sau prostituție și autoagresiuni. Instabilitatea comportamentală a psihopatului este în relație cu situațiile și acțiunile trăite, spre deosebire de evoluția endogenă a ciclului.

3. Psihopatii astenici sînt dominați de funcția limitată, ușor epuizabilă a capacității de efort, cu fatigabilitate constantă, care apare constituțional și nu

este dobândită prin dezvoltarea la solicitări. În etapa copilăriei se distinge o impresionalitate și sensibilitate crescută și o rapidă epuizare la efort, deseori cu timiditate în comportamentul de relație. La adult se manifestă prin aceeași tendință la oboseală, fatigabilitate și susceptibilitate crescută, nesiguranță, deficit al comportamentului sexual, introspecție patologică, care întreține o stare de indispoziție și tendințe hipocondrice. În cadrul acestei categorii, atât în perioada dezvoltării juvenile cât și la adult, s-a particularizat forma schizoidă sau autistă, caracterizată pe lângă astenie și de o capacitate pulsională scăzută, de răcire afectivă, închidere în sine, scăderea inițiativei și a plăcerii pentru contactele de comunicare interumană. Această formă, într-o analiză clinică, trebuie deosebită atât de neurastenie cât și de evoluția schizofreniei.

4. Psihopatii psihastenici sînt caracterizați prin ansamblul unor trăsături de scădere a tensiunii psihologice față de activitățile și participarea ce o implică viața, cu pierderea simțului pentru real și atitudini de îndoială față de propria persoană și ambianță (depersonalizare-derealizare). Această formă clinică este mai puțin expresivă pentru dezvoltarea în etapa copilăriei, putînd să se manifeste la această vîrstă doar prin stări fobice, într-un context dizarmonic. La adulți apare ca dispoziție durabilă starea obsesivo-fobică, lipsită de conținut pe un fond de disconfort, neîncredere și nesiguranță. Diagnosticul diferențial se face cu precădere cu nevroza obsesivo-fobică și evoluția schizofreniei, printr-o analiză clinică și longitudinală a personalității.

5. Psihopatii isterici sînt expresia unei imaturități comportamentale și afective și se caracterizează prin sugestiabilitatea crescută, egofiile și reactivitatea sugerată, care se manifestă în forma variată a crizelor sau reacțiilor isterice. Sînt nestatornici, mitomaniaci și confabulatori și vor să pară întotdeauna mai mult decît ceea ce sînt. Forma de manifestare apare la copii, se exacerbează în perioadele critice ale vieții (pubertate, menopauză), iar în anumite cazuri la adulți se

manifestă prin construcții imaginare extraordinare, total neconforme realității (pseudologie fantastică). Imaturitatea și dizarmonia personalității se pot exprima în tulburările comportamentului sexual, de la incapacitatea de realizare a satisfacției sexuale și frigiditate pînă la tendințe homosexuale sau alte perversități, în dorința unei satisfaceri instinctuale. Prin atitudinea lor devin turbulenți, generează conflicte și întrețin riscul repetării tentativelor de sinucidere. Diagnosticul poate fi dificil și solicită investigații clinice pentru a diferenția psihopatia isterică de nevroză, epilepsie, episoade acute în cursul unor psihoze sau suferințe cerebrale de diferite origini.

6. Psihopatii hipertimici sau timopații se caracterizează prin anomalii permanente de dispoziție și corespund ca formă de manifestare clinică cu psihopatia cicloidă, din sistematizările concepțiilor constituționaliste. Se disting după aspectul clinic, în: euforici și depresivi.

a) Timopații euforici sînt uneori zgomotoși, instabili, superficiali, lăudăroși și, în general, antrenanți pentru grupul în care trăiesc. Prezența celorlalte trăsături dizarmonice, intensitatea și forma de manifestare în copilărie, adolescență, vîrstă adultă sau înaintată, nuanțează sau precizează gradul de incapacitate integrativă.

b) Timopații depresivi, înclinați mereu spre neîncredere și pesimism, pot masca starea lor de dispoziție prin aparența activității și a vioiciunii, dar reactivitatea lor crescută la solicitările ambianței dezvăluie de fiecare dată starea lor de fond. Diagnosticul clinic în psihopatia hipertimică procedează la diferențierea lor de particularitățile temperamentale ale unor personalități, ca și de ciclotimie sau sindroame maniaco-depresive de altă categorie nosologică.

7. Psihopatii paranoici au ca trăsături dominante orgoliul excesiv, alimentat de egofilie, neîncrederea și dezaprecieră celorlalți, cu elaborarea unor judecăți false, față de care conservă o convingere rigidă (psihorigiditate). Pot avea o atitudine activă, cu energie combativă, dar prin

perseverența lor rigidă sînt de fapt statici și cu incapacitatea participării dinamice la relațiile obisnuite sau complexe de viață. Se disting totuși unii care prin activitatea lor vie, perseverență și interpretare, devin cverulenți, pasional-fanatici, iar alții repliați pe plan identiv se mențin la nivelul unor revendicări, în care perseverență inflexibil. În toate cazurile, favorizați chiar de împrejurări minore, devin prilej de conflicte și uneori de acțiuni periculoase. Diagnosticul clinic impune o analiză psihiatrică a personalității, pentru a-i deosebi de cei cu convingeri logice, ca și de paranoici, care prin structurarea patologică a gândirii ajung la abuz. Psihopatul paranoic păstrează contactul cu realitatea, iar interpretările sale sînt la limita verosimilului.

8. Psihopatii impulsivi au necesitatea patologică de satisfacere a unor dorinți de asemenea patologice, prin tensiunea psihică ce o provoacă această necesitate a persoanei în cauză. În această categorie se înscriu persoanele cu piromanie (impulsiunea de a incendia), cleptomanie (de a-și însuși obiecte ce aparțin altor persoane), mitomanie, dromomanie sau vagabondaj. Diagnosticul diferențial se face cu aceleași forme de manifestare din alte sindroame cum ar fi epilepsia sau psihozele reactive.

9. Sexopații sau psihopații perversi sexual sînt personalități dizarmonice în comportamentul cărora se manifestă, ca trăsătură durabilă și caracteristică, tulburări sau devieri ale sexualității. Aceste tulburări și devieri ale conduitelor sexuale sînt procese repetabile și ușor de condiționat, asociate unor anomalii caracteriale și privesc întreaga organizare a sexualității. Pot fi anomalii în alegerea partenerului (pedofilia, gerontofilia, incestul, homosexualitatea, transexualismul, zoofilia, necrofilia, fetișismul, pigmalionismul) sau anomalii ale actului sexual (sado-masochismul, scopofilia, exhibiționismul). Deși se constată o scădere a capacității de frînare a reacțiilor instinctivo-emoționale, desăfășurarea lor conștientă, cu păstrarea discernămintului asupra conduitei sale, nu diso-

pă persoana în cauză de consecințele actelor comise.

Evoluția și prognosticul psihopatiilor se formulează în raport de particularitățile de dezvoltare ale personalității și de condițiile ambianței de viață. Deși structural constituite (constituționale) și durabile, psihopatiile sînt relevate și agravate sau pot fi temperate de factorii de mediu, cum sînt cei instructiv-educativi, evitarea alcoolului sau altor toxicomanii, orientarea profesională, limitarea riscurilor conflictuale și a psihoductiilor negative. Perioadele critice de vîrstă în care apare tendința de acutizare a dizarmoniilor personalității beneficiază în acest sens de măsuri sporite de profilaxie și tratament.

Tratamentul psihopatiilor apare necesar, în forma medicamentoasă și asociat celorlalte măsuri profilactice și protective, îndeosebi în agravările din cursul perioadelor critice de viață, sau chiar în orice prilej de acutizare. Astfel, pot fi eficiente dozele mici de butirofenezina sau tratamentul de durată cu neuleptil (propericiazină) asociate altor medicații simptomatice și cu acțiuni de reechilibrare a reacțiilor de comportament.

Valoarea incontestabilă a măsurilor de profilaxie și tratament este confruntată în același timp cu ponderea pe care o dețin psihopatiile în situațiile conflictuale și delicto-judiciare.

Stările psihopatoide sau de psihopatizare a personalității

Definiția acestor stări cuprinde toate modificările patologice și permanente de comportament, survenite după suferințe lezionale cerebrale, la personalități care nu le manifestau înainte de acestea.

Fac parte din această categorie următoarele:

1. Stările psihopatoide posttraumatice, care pot fi prin traumatism cranio-cerebral unic sau repetat, așa cum se incriminează îndeosebi în perioadele copilăriei. Frecvența lor crește prin riscurile traumatice ale vieții moderne, în care a devenit prezent fenomenul denumit

„epidemia traumatică”. Se constată tulburări de comportament, scăderea capacității intelectuale, astenizare cu tendință la reacții explozive și violente. Un tablou clinic cu aspect particular apare în suferința traumatică de lob frontal, care se manifestă prin tulburări de comportament ce par lipsite de previzibilitatea consecințelor, ușurința de a comite acte nepermise, scăderea activității organizate și dificultăți de integrare în relațiile pînă atunci obișnuite de viață.

2. Stările psihopatoide post-encefalitice se caracterizează prin variate modificări astenice, obsesivo-fobice, tulburări ale dispoziției și inițiativei, care asociază și altor modificări sechelare, instituite o schimbare de comportament față de starea anterioară a bolii.

3. Stările pseudopsihopatice după discriminii sînt de fapt tulburările caracteriale din cadrul psihosindroamelor endocrine, întreținute de tulburările vegetative și astenice.

4. Stările psihopatoide prin intoxicația etilică cronică se caracterizează prin degradarea morală, fizică și comportamentală manifestată în dezintegrarea relațiilor de viață și activitate, ca și prin reducerea comportamentului la satisfacerea impulsivă a unor necesități și satisfacții primare.

Observații generale asupra stărilor psihopatoide sau de psihopatizare a personalității prin suferințe lezionale cerebrale confirmă posibilitatea identificării la explorări a unor modificări EEG și PEG, ce pot fi în unele situații corelate. De asemenea, stările psihopatoide după suferințele lezionale cerebrale se deosebesc ca semnificație clinică de manifestările psihopatologice asemănătoare, dar care evoluează în alt context de boală: epilepsie, nevroze, psihosindroame reactive, schizofrenii și altele.

În ce privește semnificația caracterului lezional, aceasta este diferită în raport de etapa în care s-a constituit. Suferințele lezionale pre- și post-natale, pînă

la 3 ani, provoacă dezvoltări dizarmonice de structură psihopatică, iar cele după organizarea și maturizarea sistemului nervos determină regresii ale personalității, psihopatizări, deseori cu fond lezional decelabil la explorări. Acestea din urmă, cînd apar în perioada maturizată a personalității, sînt recuperabile în condiții de asistență protectivă.

Sub aspect comportamental, semnificația acestor sindroame este evidențiată în problematica delicto-judiciară, cu implicații de diagnostic și prognoză.

Tratamentul pune accent pe măsurile generale și speciale de profilaxie și intervine curativ prin psihotropice cu efect asupra tulburărilor de comportament: neuleptil, haloperidol, tioridazin, clordelazin, fluoperazin. Totodată, evitîndu-se polipragmazia, se acționează prin corecția simptomatică asupra tulburărilor asteno-vegetative.

Soluționarea corectă a integrării socio-profesionale deține o importantă valoare în complexul de acțiuni medicale din asistența acestor stări.

OLIGOFRENIILE

Oligofreniile, ca și termenii sinonimi din literatura medicală: arierație, deficiență mintală, retardare psihică, definesc în mod generic stările de nedezvoltare, opriri în dezvoltare sau de dezvoltare incompletă a activității psihice, prin suferința cerebrale instalate sub acțiunea unor factori prenatali, perinatali sau postnatali (în mica copilărie).

Oligofreniile constituie un important capitol al cercetării și asistenței medicale, datorită necesității cunoașterii mecanismelor etiopatogenice, a diferențierii sindroamelor psihopatologice și elaborării măsurilor de psihoprofilaxie primară, iar pentru cazurile invalidante, a asigurării unei asistențe protective și recuperatorii medico-sociale. Studiul oligofreniilor se referă la factorii cerebrali intrinseci (citochimici, fiziologici și la cei ambientali, care într-o acțiune comună participă la dezvoltarea psihologică a copilului. Este cunoscută, de altfel, valoarea eredității pentru calitatea funcțională a creierului, care se deosebește de la o persoană la alta și este distribuită în mod gaussian în populație, ca și semnificația factorilor sanogeni sau patologici în definirea maturizării și dezvoltării activității psihice.

Clasificarea oligofreniilor se face după: I. criteriul clinic și II. cel corelat cu factorii etiologici. Din punct de vedere clinic, se clasifică în raport de gravitatea deficitului mintal în:

Oligofrenii de gradul I sau Debilitate mintală;
Oligofrenii de gradul II sau Imbecialitate;
Oligofrenii de gradul III sau Idioție.

Frecvența oligofreniilor este apreciată în medie la 5% din populația infantilă, din care 75% de gr.I; 20% gr.II și 5% gr.III. Datorită protecției asigurate de asistența medicală și progresele vieții moderne, mortalitatea prin boli intercurrente, îndeosebi în cazurile grave, este influențată, ceea ce se reflectă în ponderea lor statistică în populație. În același timp complexitatea vieții moderne cu exigențele ce le impune face necesară investiția de protecție și asistență medico-socială a oligofrenilor.

I. Formele oligofreniilor în raport de clasificarea clinică sînt:

1. Debilitatea mintală (Oligofrenia de gr.I) cuprinde deficitarii mintali cu Q.I. între 50-69 (cazurile de la această limită superioară pînă la Q.I. de 85 sînt cuprinși în categoria denumită a intelectului de limită, liminari sau înapoiți).

Debili mintali au capacitatea să-și însușească limbajul scris și vorbit, ca și o instruire școlară elementară, dar aceasta într-un ritm lent față de copiii normali ca intelect. Totodată își pot însuși cunoștințele unor meserii simple și o autoconducție în viață.

Gîndirea, incomplet dezvoltată, este simplă, fixată în experiența concretă, fără capacitate de abstractizare. Nu pot deosebi generalul de particular, esențialul de neesențial, capacitatea noțională este săracă, precum și elaborarea de judecăți și raționamente. Gîndirea este lentă, iar informațiile primite sînt insuficient prelucrate, datorită unei stereotipii rigide, care nu permite reversibilitatea în mecanismul operator al gîndirii. Analiza ca operație a gîndirii este fragmentară, sinteza deficitară, de aceea pot opera cu noțiuni concrete și statice, în timp ce le rămîn inabordabile cele dinamice și cu legături temporale. Proiecția în viitor prin

aprecierea critică a trecutului și situațiilor prezente sînt de asemenea deficitare. Vorbirea exprimă deficitul gândirii, săracă în conținut, ea dezvăluie aceasta în nepotrivirea de utilizare a unor cuvinte învățate. În activitatea motorie se identifică o întîrziere de maturizare prin insuficiența coordonare a mișcărilor voluntare și imprecizia gesturilor.

Din punct de vedere comportamental, se caracterizează prin sugestibilitate crescută, credulitate, labilitate emotivă cu exteriorizare directă și evidentă. Atenția spontană poate fi vie, memoria îndeosebi cea de fixare bună sau chiar cu aspect supraîmăinar, dar fără capacitate de asociere la operațiunile gândirii. Dezvoltarea somatică poate fi normală, după cum uneori evidențiază dismorfisme, dar într-o mult mai mică măsură decît în celelalte forme clinice de oligofrenie.

Prin aceste caracteristici, debilitatea mintală definește în mod sintetic ca deficit psihic cu incapacitate relativă de integrare a stereotipurilor dinamice în complexitatea vieții sociale, dar cu menținerea autoconducției în relații simple de viață și activitate.

Debilități mintali, prin structura psihică deficitară necesită măsuri speciale de instruire, educație și orientare socio-profesională. Comportamentul lor este puternic influențat de factori negativi, explicînd astfel situațiile de risc conflictual, agresiune, dificultăți de adaptare, favorizate de alcool sau inducția negativă a altor persoane. Lipsa de educație specială și îndrumare explică deseori frecvența crescută a tulburărilor de comportament printre debilități mintali.

2. Imbecilitatea (Oligofrenia gr. II) cuprinde deficitarii mintali cu Q.I. 20-50 și se caracterizează prin posibilitatea însușirii limbajului și a unor activități comportamentale limitate, cum ar fi apărarea sau protecția față de pericole directe. Nu dispun însă, datorită gravității deficitului mintal, de posibilitatea unei autoconducții sau a unor prestări nesupravegheate. Limbajul lor este sărac, deseori cu pronunție defectuoasă datorită dislaliei sau dizartriei. Gîndirea este săracă,

concretă, incapabilă de însușirea unor relații de timp, spațiu, număr, valoare.

Datorită atenției spontane și a unei memorii de aparență excepțională (mari calculatori) pot reține prin exerciții repetate operațiuni și date de calcul, pe care le efectuează cu mare repeziciune. Ca aspect comportamental se caracterizează printr-o emotivitate primară, labilă, explozivă, pot fi docili și supuși, dar deseori cu eretism și permanentă instabilitate. Fiind sugestionabili acționează și reacționează cu violență sau dimpotrivă cu mare docilitate. Datorită acestor trăsături pot deveni turbulenți, greu de supravegheat și cu mari riscuri de delincvență patologică. Aspectul somatic este diarmorf, cu activitate psihomotorie grevată de sindroame neurologice ca paralizii, hemiplegii spastice, paralizii de nervi cranieni sau crize epileptice.

Intr-o definire de sinteză se caracterizează printr-un grav deficit mintal, cu posibilitatea elaborării limitate a reflexelor condiționate, la nivelul unor activități elementare, de tip menajer, care poate fi presată în condiții de supraveghere.

3. Idiotia (Oligofrenie de gr. III) este forma cea mai gravă a deficitului mintal, în care nu există posibilitatea însușirii limbajului și nici a unor comportamente prin care să se autoprotejeze de pericole directe și concrete. Manifestă dereglări instincțuale, beau și mănîncă orice (bulimie, scatofagie), se masturbază, iar uneori în cursul unor stări de agitație motorie se lovesc pînă la automutilare. Nu pot supraviețui decît îngrijiți de alții. Ca aspect somatic pot fi identificate variate și multiple malformații: microcefalie, hidrocefalie, oxicefalie, prognatism, retrognatism, asimetriei craniene, hipertelorism, conformații hipostaturale, modificări osoase, cifozoscolioză, deformări de bazin, sindactilii, polidactilii, modificări viscero-organice. Intr-o definire de sinteză, idiotia se caracterizează prin incapacitatea elaborării de reflexe

condiționate necesare formării limbajului și unor comportamente primare necesare unei existențe biologice, care nu poate fi asigurată decât în condiții protective și de către alții.

Problemele de diagnostic și diagnostic diferențial în oligofrenie rezultă atât din aspectul clinic, cât mai ales atunci când apare necesitatea precizării unor forme etiopatogene.

Diagnosticul, în uzanța clinică este relativ simplu și se face prin anamneză, examenul funcțiilor de cunoaștere și al personalității și se coroborează cu examinările psihometrice ale căror rezultate pot fi exprimate în cifre globale (cum ar fi Q.I.), fie în termeni de vîrstă mintală. Se iau în considerare aspectele dezvoltării în etapele infanto-juvenile, cu posibilitatea unor stări astenice sau debilizante, care în cursul procesului de școlarizare pot oferi impresia unor grade de deficite mintale. La fel, în aceste etape ale dezvoltării, se iau în discuție factorii educativi, informaționali și carențele afective, toate fiind cu posibilitatea să genereze dezvoltări psihopatologice cu aspectul unor deficite mintale asemănătoare îndeosebi oligofreniei de gr.I.

Diagnosticul diferențial în perioadele infanto-juvenile se face cu referire la etapele dezvoltării psihomotorii 0-3 ani; imaturitate ca aspect clinic în care persistă o întârziere psihomotorie globală; falsa oligofrenie din sindroamele reactive ale copilului, autismul infantil, deficite senzoriale, encefalopatii traumatice, demente epileptice, suferințe cerebrale sechelare.

Diagnosticul etiopatogenic și cel morfologic apar necesare într-o mare varietate de situații clinice, care constituie, în același timp, domeniul pluridisciplinar de cercetare al embriologiei, geneticii, biochimiei și al diverselor activități conexe acestor discipline.

II. În etiologia oligofreniilor distingem o factorialitate complexă: A. endogenă (genetică) și B. exogenă (cîștigată), care în raport de modul și etapa de dezvoltare a organismului se poate clasa în factori prenatali (ereditari, displazici și progenetici), perinatali și postnatali.

Majoritatea cazurilor de oligofrenii, și acestea se referă îndeosebi la cele de gr.I, nu oferă posibilitatea decelării unor mecanisme univoce sau directe în patologia cerebrală, fiind rezultatul participării directe de factori eredo-familiali, nutriționali, sechelari și de carențe afective, informaționale și educativ-formative.

A. Cercetările genetice au adus o importantă contribuție în precizarea mecanismelor unor oligofrenii. Astfel, oligofreniile genetice ar putea fi clasate în:

1. Oligofrenii prin mecanism poligenic datorate predominanței genelor minore (nefavorabile inteligenței) și responsabile îndeosebi de formele de debilitate mintală fără patologie asociată.

2. Oligofrenii prin gene majore mutante, cu transmitere mendeleiană, din care fac parte erorile înăscute de metabolism (enzimopatiile) diagnosticabile biochimic.

În aceste forme, gena mutantă este structurală și în cursul vieții intrauterine echipamentul enzimatic matern compensează viciul metabolic, care se evidențiază post-natal. Clasarea acestor oligofrenii după deficitul enzimatic și modul de transmitere apare în manualele de genetică umană, iar aspectul lor clinic sever este asociat unei complexe simptomatologii neuroviscerale.

3. Oligofreniile prin anomalii cromozomiale de morfologie și număr se produc în cursul meiozei, formării oului sau postzigotic prin nedisjunctie sau remanieri. Clasarea lor apare de asemenea în manualele

de genetică umană, sînt forme severe, deseori neviabile sau cu multiple defecte organice. Anomaliile autosomale sînt mai severe fenotipic decît cele gonosomale.

B. Referindu-ne la factorialitatea oligofreniei vom distinge în raport de etapa și mecanismele în care acționează:

1. factorii prenatali ereditari, displazici și pro-genetici;
2. factorii perinatali;
3. factorii postnatali.

Din numeroasele forme de oligofrenii datorate acestor categorii de factori vom exemplifica unele, astfel:

1. Factori prenatali

a) Oligofreniile prin factori ereditari: anomalii dismetabolice și cromozomiale:

Oligofrenii prin anomalii dismetabolice:

Dislipidozele sînt encefalopatii cu sindrom oligofrenic datorită unor depuneri de sfingolipide la nivelul sistemului nervos, de ganglioze în substanța cenușie și sfingomielină sau cerebrozide în substanța albă. Dintre acestea cităm:

- Boala Tay-Sachs (idiotia amaurotică sau degenerescența cerebro-musculară) este o degenerare particulară a protoplasmei neuronale cu depuneri de lipoizi și lipocrom, ca urmare a creșterii de ganglioze în organism (cervrozidele și sfingomielina sînt scăzute). La examenul microscopic neuronii sînt măriți de volum cu nucleu excentric și dendrite gonflante. În formele, avansate nucleul și neurofibrilele se dezintegrează și produc o dispartiție neuronală. Alterările se produc în structurile profunde ale scoarței, talamus, nucleii cenușii centrali, cerebel, trunchiul cerebral, în special în sistemul olivo-ponto-cerebelos. Celulele din retină suferă aceeași degenerescență. Anatomicopatologic se constată microcefalie cu microgirie.

Se descriu, ca forme clinice: forma infantilă (3-6 luni) și juvenilă (3-10 ani).

Sub aspect clinic se evidențiază simptome neuropsihice (dificultăți de alimentare ale sugarului, salivatie excesivă, apatie, hipotonie inițială care se transformă în hipertonie avînd un caracter de spasticitate sau rigiditate de decerebrare, cu reflexe tonice și labirintice (nistagmus și convulsii) și oculare (în locul maculei apare o pată albă cenușie, avînd în mijloc o pată roșie, care face să devină vizibilă coroida vaselor, iar mai tîrziu apare atrofia optică sau corio-retinită).

În forma juvenilă (Spielmayer-Vegt), se constată regresul psihic, scăderea forței musculare, semne extrapiramidale, coreoatetoză, spasme de torsione, vorbire dizartrică și explozivă. La examenul ocular, se confirmă o ambliopie lentă, corio-retinită pigmentară și atrofie optică. Se descriu și o formă juvenilă tardivă (15 ani) în care simptomatologia este mai săracă și evoluția bolii mai lungă.

- Boala Niemann-Pick este un deficit enzimatic, care împiedică scindarea sfingomielinelor ce se depun în țesuturile ce derivă din ecto- și din mezoderm. Leziunile cerebrale sînt asemănătoare cu cele din idiotia amaurotică, dar leziunile infiltrative se produc în elementele mezodermale (vascele cerebrale) și apoi în neuroni. Clinic, asociate sindromului oligofrenic, se constată hepato-splenomegalie, ascită, icter, anemie, osteoporoză.

- Boala Gaucher este o dislipidoză cu cervrozide (deficit de sinteză și catabolism) și leziuni în splină, ficat, măduva osoasă, putînd interesa și creierul (depuneri de cherazină). Clinic, se caracterizează prin hepato-splenomegalie, tulburări sanguine (anemie, leucopenie, trombocitopenie), osteoporoză și pigmentația pielii.

Din grupul disproteinozelor cea mai cunoscută este oligofrenia fenil-piruvică sau fenil-cetonuria produsă de efectul toxic al ortotirozinei și ortotiraminei, produși intermediari ai fenilalaninei, care nu se mai transformă în tirozină și se elimină sub formă de acid fenil-piruvic.

Anatomicopatologic, se evidențiază demielinizarea

fasciculelor optice și cortico-ponto-cerebeloase. În cortex apar neuroni însoțiți de proliferare glială și corpi granuloși încărcăți cu lipide în jurul vaselor. Macroscopic, creierul are o greutate subnormală, fără alte modificări.

Clinic, se constată înapoiere mintală, avînd un caracter progresiv, ce se evidențiază de la vîrsta de 1-3 ani, eretism comportamental cu agresivitate sau apatie, stupor, uneori manierisme și stereotipii. Dezvoltarea somatică este hipostaturală, cu cifoză dorsală și facies caracteristic denumit „de inger cu trompetă” (obraji bucălați, părul blond și ochii albaștri). Apar asocieri de simptome neurologice: hipertonia membrelor, mișcări atetozi-ce, atitudine în flexie, mersul cu pași mici, echivalențe epileptice. Acidul fenil-piruvic este crescut în sînge și este evidențiable în urină cu ajutorul unei soluții de perclorură 5% prin care se obține o colorație verde.

Galactozemia apare prin deficit de glucoză -6 -fosfat-uridil transferază și se manifestă clinic prin sindrom oligofrenic, cataractă oculară și hepatomegalie.

Oligofrenii prin anomalii cromozomiale:

- Boala Langdon-Down, are ca anomalie cromozomială trisomia G 21, XX - are constantă prezența unui cromozon sau fragment cromozomial suplimentar în perechea 21. Clinic se constată un aspect caracteristic: hipostatural, brachicefalie, facies „mongolian”, rotund, aplătit, cu fantele palpebrale oblice, cu extremitatea internă în jos, epicanthus, fruntea îngustă, hipertelorism, punte nazală, bolta palatină ogivală, limba scrotală, mîini scurte, dermatoglife palmare caracteristice (linie transversală unică, pliul lui Creckshank) și oligofrenie gr. II.

- Boala lui Patau este o trisomie totală sau parțială pentru cromozomul D₁₃ ce se caracterizează clinic prin dismorfism facial, malformații oculare, malformații ale extremităților, polidactilie, cardiopatie congenitală și un sindrom sever de retardare psihomotorie.

- Gri du chat este o anomalie cromozomială ca-

racterizată prin deleție parțială a brațelor scurte ale unui B₅, ce apare clinic prin brahimicrocefalie, hipertelorism, fante oculare mici antimongoliene, țipăt slab ce evocă mieunatul unei pisici, hipotonie și severă întîrziere psihomotorie.

b) Oligofrenii prin factori prenatali displazici Displaziile congenitale.

În perioada de dezvoltare embrionară a sistemului nervos au loc procese de proliferare, mișcări morfogenetice, degenerări, diferențieri, histologice, migrări, iar în cazul perturbării lor apar modificări histopatologice și apoi clinice.

Neuroectodermozele sau displaziile ectodermale apar prin diferențierea perturbată a ectodermului, din care se dezvoltă sistemul nervos central, formîndu-se proliferații blastomatoase în dezvoltarea creierului. Dintre formele clinice mai importante amintim:

Scleroza tuberoasă, facomatoza sau boala Bourneville este datorită unei spongiblastomatoze ectodermice care formează malformații ale creierului și tuberozități moderat proeminente, dure și de culoare gălbuie. Se produce o tulburare a citoarhitectonice cerebrale cu demielinizare zonală a fibrelor nervoase. Creierul se dezvoltă insuficient, are un aspect conopidiform și, clinic, se constată microcefalie, oligofrenie de la debilitate mintală severă pînă la idiotie, evidențiable de la vîrsta de 2-3 ani, crize epileptice (absențe, crize jacksoniene, grand mal), tulburări de focar (hemiplagii, displegii, sindroame cerebeloase). Se constată de asemenea manifestări viscero-cutanate sub forma de tumori la nivelul cordului, plămînilor și rinichiului, adenoame sebacee nazolabiale și ale feței (fluturele lui Pringle), adenoame izolate, nevi pigmentari pe ceafă și subclaviculare, tumori retiniene (foame). Evoluția este lentă la 5-15 ani și foarte rar peste 30 ani.

Neurofibromatoza Recklinghausen este o spongiblastomatoză a sistemului nervos periferic care nu realizează un sindrom oligofrenic decît dacă se produce

concomitent o proliferare glială periapeductală, care prin blocarea apeductului Sylvius provoacă hidrocefalie internă cu degradare cerebrală progresivă.

Neuroangiomatozele cu următoarele forme:

Angiomatoza encefalotrigeminală sau boala Sturge-Weber este o proliferare angiomatoasă capilaro-venoasă centrală (în leptomeninge și creier) și periferică (în teritoriul cutanat înervat de trigemen). Se manifestă sub formă de angioame pe pielea feței și regiunea occipitală a creierului sau chiar în întreg emisferul, cu localizare unilaterală. De asemenea se constată depuneri granulare de calciu în straturile II și III ale scoarței cerebrale. Clinic se constată pata roșie neregulată la nivelul trigemenului, angiom coroidian sau glaucom congenital, crize epileptice jacksoniene, uneori hemiplegii și la radiologia craniană apar depunerile granulare calcare parieto-occipitale (imagine în tuburi de calorifer).

Angiomatoza retino-cerebeloasă - boala lui Lindau este o angiofibromatoză generalizată cu predilecție pentru piele, retină și cerebel, care provoacă tulburări vizuale, malformații congenitale, deformații craniene și polidactile asociate sindromului oligofren.

c) Oligofrenii prin factori pregenetici sau factori care acționează asupra celulelor germinative, a căror alterare provoacă anomalii disgenice. Acești factori pot fi constituiți din:

- afecțiuni cronice ale părinților (tuberculoză, sifilis, discriinii), acțiunea teratogenă a unor diferiți agenți (fizici, raze X, droguri radiomimetice, compuși organici, săruri ale metalelor grele, avitaminoze);

- acțiunea unor factori care perturbă sarcina în consecință ontogeneza sistemului nervos în primele luni de viață intrauterină.

Acțiunea acestor factori se exercită îndeosebi asupra ovulelor alterând plasma germinativă sau se poate exercita în etapa precoce a embriogenezei și chiar mai târziu. În acest mod se provoacă implantări

vicioase ale oului în peretele uterin sau vicii de dezvoltare ale placentei. În mecanismul de acțiune al acestor factori intervin perturbări ale carbohidrazei cu scăderea proceselor oxidative și în consecință, o încetare a embriogenezei.

Se știe astfel că intervenția nocivă a unuia din acești factori în zilele de 9-10 poate provoca anomalii vertebrale, iar în ziua a-15-a dehiscența palatului.

În cursul sarcinii, și deci în perioada de formare și dezvoltare a sistemului nervos, au o intervenție nocivă: infecțiile gravidei (lues netratat după luna a-3-a, rușeola, toxoplasmoza, tusea convulsivă, virozele), intoxicațiile exogene (alcool, CO₂, profesionale și medicamentose), traumatismele fizice și cele psihice.

Factorii și situațiile patogene citate provoacă dezvoltări sau dezvoltări anormale ale unor structuri seroase, având o deosebită importanță în caracteristica complexului lezional, vârsta sarcinii sau etapa din embriogeneza când s-a făcut simțită acțiunea agentului patogen. Acest fapt e cunoscut întrucât în fiecare fază a dezvoltării și diferențierii structurilor nervoase există unele mai susceptibile decât altele la acțiunea patogenă a unei agresiuni. Se pot face totuși corelații de specificitate în embriopatiile toxoplasmozice, rușeliice, prin incompatibilitatea de RH și altele.

În ce privește corelațiile dintre agenții patogeni și efectele malformative s-au urmărit următoarele:

- malformații diferite pot fi provocate de același factor;

- aceeași malformație poate fi produsă de mai multe categorii de factori patogeni;

- malformația este efectul perturbării ritmului de dezvoltare și diferențiere a structurilor nervoase;

- tipul de malformație este datorat etapei în care a survenit perturbarea.

În același timp, specificitatea leziunilor depinde de un complex de relații cum sînt: natura agentului

patogen, reacția embrionului față de acțiunea sa, durata și etapa în care se petrece această interrelație.

Intervențiile nocive în primele luni de sarcină pot provoca tulburări de dezvoltare cum sînt: agirii sau hipogirii (globale, emisferice sau lobare), modificări în citoarhitectonica creierului (micșorarea numărului de straturi corticale, transpoziția sau deplasarea celulelor la nivelul straturilor, nedeveloparea sau nediferențierea unor structuri neuronale).

Intervenția nocivă în ultimile luni ale sarcinii provoacă leziuni distructive, degenerative sau necrotice și, în mod reparator, proliferări gliale (glioze); morfopatologic apar caracteristice următoarele aspecte: scleroza cerebrală atrofică, perencefalia, hidrocefalia.

Așa cum am văzut, intervenția nocivă în cursul sarcinii permite în unele situații delimitarea unor forme clinice cu etiologie precisă cum sînt embriopatia rubeolică, toxoplasmozică și prin incompatibilitate de RH. Aspectele lor clinice sînt următoarele:

Embriopatia rubeolică rezultă din acțiunea virusului asupra metabolismului și dezvoltării creierului. Cînd această acțiune are loc în primele două luni ale sarcinii provoacă malformații în 100% cazuri (surditate în săptămîna a-2-a, cataractă în săptămîna a 5-a, malformații cardiace în săptămîna a 10-a. La peste 2 luni, malformațiile ar fi prezente în 50% cazuri. Ca simptomatologie clinică se identifică deficite de la debilitate mintală pînă la idioție cu instabilități comportamentale caracteristice. Ca aspect morfologic pot fi întîlnite microcefalii, anomalii congenitale cardiace (persistența găurii lui Botal), persistența canalului arterial), anomalii renale și genitale, asociate unei simptomatologii neurologice (crize epileptice, mișcări atetozice, paraplegii spastice).

Embriopatia toxoplasmozică provocată de un parazit, toxoplasma gondii, care infestază mama în perioada de gestație sau puțin înainte și trece la făt pe cale transplacentară. Simptomatologia clinică este în raport

de gravitatea aspectului lezional cerebral, putînd fi acută (cu moartea sugarului în cîteva zile sau luni) și subacută (cu evoluție pînă la un an). Se constată în forma acută hidrocefalie cu microoftalmie, cataracte și cario-retinită, convulsii, dereglări respiratorii și de termoreglare. În forma subacută aspectul este de microcefalie, microoftalmie și semne de encefalomielită. În forma cronică se constată deficit mintal, hidrocefalie, deficite motorii. Diagnosticul se face prin reacția de fixare a complementului intens pozitivă în primele luni de naștere.

Embriopatia prin incompatibilitate de RH este o incompatibilitate sanguină între mamă și făt, care la naștere, datorită trombozei capilarelor din creier și alte țesuturi duce la necroză și anoxie. Noul născut prezintă contracturi, rigiditatea cefei, opisthotenus sau hipotenie, convulsii, somnolență. Mai tîrziu, în tabloul clinic al encefalopatiei, sînt prezente tulburările extrapiramidale (hipo și hiperkinetice), întîrzieri în dezvoltarea psihică sau debilitate mintală și tulburări de limbaj.

Icterul nuclear, care apare în primele zile de la naștere prin creșterea bilirubinei în sînge poate fi datorat incompatibilității serologice materno-infantile (femei cu RH negativ și în incompatibilități ABO) sau mai sînt incriminate acțiunile vaccinării antitetanice. Unele seruri și medicamente provoacă sechelar tulburări de vorbire pînă la anartrie, surditate, coreoatetoză, debilitate mintală.

Mixedemul congenital, ca o consecință a hipofuncției tiroidiene, genetice sau cîștigate precoce, se caracterizează prin dizarmonia înfățișării, nanism, cap mare, fațies infiltrat, palid, frunte joasă, nas turtit la bază, gura întredeschisă, macroglosie. Trunchiul este scurt, la fel și membrele, abdomenul voluminos, pielea rece și uscată, fanerele friabile, vocea răgușită.

Dezvoltarea psihomotorie este întîrziată, comportament de indiferență, somnolență și cu deficit mintal. Tratamentul precoce asigură și gradul de ameliorare sau vindecare.

Acțiunea în etapa prenatală a unor factori nocivi provoacă, așa cum am văzut, variate tipuri de modificări organice, care prin aspectul lor pot particulariza următoarele tipuri distincte:

Microcefalie adevărată caracterizată prin creier foarte mic și nedezvoltat uniform, cu hipoplazia lobilor frontali, cerebel proeminent, pahigirie sau agirie - cortexul cerebral este incomplet stratificat. În microcefalia relativă creierul este mai dezvoltat, dar sub greutate normală, cu zona corticale asimetrică, iar în țesutul nervos leziuni degenerative și scleroză glială.

Macrocefalia (Megalencefalia). Creier mare cu aparențe de ganțuri supranumerare și substanță albă abundentă. Este format așa, cum se constată microscopic, din neuroni voluminoși, fără corpusculi NISSL, imaturi.

Anencefalia - lipsa telencefalului și diencefalului.

Hidrocefalia - creșterea capului cu disjunția suturilor, fontanela larg deschisă, disproporție cranio-facială. Bolnavii prezintă tulburări oculare (protuzia globilor), ochi în „apus de soare”, strabism, nistagmus, stază papilară și atrofie optică, asociate unor tulburări piramidale. Hidrocefalia se produce prin acumularea în exces de lichid cefalo-rahidian în ventriculi, care se dilată, cât și în spațiile subarahnoidiene, prin oprirea circulației sau resorbției acestuia. Poate fi ocluzivă (obstacol în gaura Monro, apeductul lui Sylvius, gaura lui Magendie) sau aresorbtivă (oprirea resorbției).

Sindromul Arnold-Chiari constă în asocierea hidrocefaliei cu spina bifida, mielomeningocel, oligofrenie și tulburări neurologice bulbare, cerebeloase și de măduvă cervicală superioară.

Parencefalia - deschidere la suprafața creierului care comunică cu spațiile subarahnoidiene și cu ventriculul lateral. Defectul poate fi bilateral.

Encefalomalacia sau parencefalia falsă este o le-

ziune chistică ce poate fi de tip periferic (distruge scoarța și comunică cu spațiile subarahnoidiene) sau central (în apropierea ventriculului fără să comunice cu acesta) și se manifestă prin tulburări neurologice: hemiplegii sau diplegii spastice.

În enumerarea factorilor incriminați în producerea oligofreniilor după perioada în care acționează, în afară de cei prenatali, luăm în considerare și cei care pot interveni defavorabil asupra creierului în perioada nașterii sau perinatale.

2. Factorii perinatali pot fi: traumatismul obstetrical prin travaliu prelungit (distocii osoase, de prezentatie, de părți moi), circulare de cordon sau manevre instrumentale. Leziunile sistemului nervos prin accidente vasculare, hemoragii meningiene sau intracerebrale, meningite seroase, duc prin modificările de permeabilitate ale capilarelor, edem extra- și intracelular, la lezări și dezorganizări celulare, iar hipoxia generală și cea cerebrală va fi apoi resimțite în defectele și ritmul de maturizare ale sistemului nervos.

3. Factorii postnatali, care acționează după nașterea copilului, sînt cei traumatici, infecțioși, toxici, carentiali de natură exogenă și care provoacă dezvoltări incomplete sau opriri în dezvoltarea creierului. Acțiunea lor poate fi cu urmări diferite dacă acționează în primii 3 ani de viață sau după această vîrstă.

Dintre bolile inflamatorii, în primii 3 ani de viață sînt de reținut meningo-encefalitele acute, subacute primitive, virale, ca și encefalitele post- infecțioase secundare febrei eruptive. Aceeași semnificație o deține sindromul neurotoxic după bronhopneumonii toxice, toxicoze, dizenterii.

După vîrsta de 3 ani, acțiunea nocivă a acestor factori are loc pe terenul unui sistem nervos care a realizat un grad de maturizare și organizare a motricității, limbajului și activității psihice, iar stagnarea dezvoltării psihice are de obicei aspectul debilităților mintale.

Asistența medico-socială și tratamentul oligofreniilor este o activitate complexă în care intervine colaborarea unor specialități medicale, intervenția organizată a rețelei de asistență sanitară, și participarea în multiple modalități a unor factori și organisme comunitare. Măsurile de profilaxie privesc promovarea factorilor savenogeni, care susțin starea de sănătate a populației, protecția față de riscurile multiplelor surse nocive ale mediului de viață și activitate, aprecierea obiectivă a riscului genetic din care decurge și sfatul medical al familiei.

În prezent, metodele geneticii moderne ca și perfecționarea metodelor de diagnostic prenatal (citologie și biochimia lichidului amniotic) oferă premisele unui prognostic care poate fi inclus în sfatul genetic. În egală măsură protecția sarcinii, a desfășurării nașterii și a miciei copilării întrunesc participarea organizată și competentă a rețelei de asistență medico-sanitară, cât și a tuturor factorilor de reglementare a vieții obștești.

Cazurile cu deficite mintale constituite necesită o investigație de efort durabilă într-o protecție și recuperare care implică uneori forme de asistență pe durata întregii vieți.

O mare categorie de deficite mintale sînt educabile și aceasta înseamnă diferențierea metodelor și instituțiilor de profil special, care să poată interveni eficient în întreaga populație infantilă invalidată. La fel, protecția medico-socială, a celor intrați în circuitul relațiilor productive constituie condiția asigurării unor modalități de integrare cu efect recuperator și fără impacte.

Astfel se disting măsurile de asistență cu atribuții diferențiate ale rețelei de pediatrie și pseudopsihiatrie (cabinetele din policlinică și dispensare, serviciile de spital, unitățile medicale de asistență de lungă durată a formelor grave de oligofrenii), ca și unitățile și instituțiile speciale de recuperare ale deficitelor mintali (școli speciale, unități de recuperare a

handicapaților, unități productive protejate și altele).

Tratamentul medicamentos, la indicația medicală utilizează produși care favorizează activitatea structurilor cerebrale cum ar fi seriile de vitamine din grupul B, lecitina, extracte cerebrale, stimulare generală metabolică. În același timp se intervine medicamentos în toate situațiile de tulburări de comportament, psihosindroame reactive, episoade psihotice, crize epileptice sau stări psihopatologice (traumatisme, toxice) care prin evoluția lor agravează comportamentul deficitarului mintal. Tratamentul particularizat la etapa de vîrstă a bolnavului va fi individualizat și asociat celorlalte modalități psihopedagogice și de recuperare.

PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVA

Este o psihoză periodică cu etiologie predominant endogenă, care a fost precizată ca entitate clinică în 1899 de către Kraepelin în baza aspectului semiologic și a evoluției sale. Psihoza maniaco-depresivă sub aspect clinic este constituită din două sindroame, cel melancolic și cel maniacal.

SINDROMUL MELANCOLIC

Accesul melancolic este o stare depresivă severă, a cărei frecvență este mai mare la sexul feminin.

Simptomatologia melancoliei se poate institui ca urmare a unui eveniment care o declanșează, eveniment cu semnificație psihoreactivă negativă, dar deseori acesta lipsește, ca și orice alt motiv relațional care să explice acuitatea stării depresive.

Debutul poate fi brutal, cum ar fi o tentativă de suicid, care surprinde pe cei apropiați prin caracterul său neașteptat și lipsit de motive explicabile. În alte cazuri debutul poate fi insidios, cu evoluție progresivă a simptomelor depresiei, exprimate prin stări de disperare, impresia de abandon, exprimarea unor regrete și vinovății față de evenimentele trăite, persoane sau alte împrejurări. Cu această evoluție, se constată scăderea randamentului intelectual, o încetinire a activităților psihomotorii, scăderea inițiativei cu dificultatea efectuării chiar a unei activități obișnuite bolnavului. Scăderea interesului, inițiativei și capacității de relație față de familie sau grupul de activitate, este însoțită de creș-

terea sentimentului de vinovăție, cu dorința impulsivă de a se autopedepsi și riscul întotdeauna prezent al suicidului. Aceste stări psihopatologice dominante se asociază într-o progresivă agravare cu insomnie, îndeosebi în a doua jumătate a nopții, acutizare matinală a simptomelor de oboseală și disconfort, ca și de tulburări digestive, anorexie, scădere ponderală și slăbire fizică.

Accesul melancolic, sau perioada confirmată de stare a bolii, poate fi surprins mai tardiv, prin refuzul bolnavului de a se lăsa consultat, sau constatat de familie, care a sperat o ameliorare rapidă a simptomelor cu debut insidios.

Aspectul clinic al bolnavului este caracteristic prin expresia facială de mască dureroasă, contractată, cu privirea fixă, exprimând tristețe și profundă durere morală. Are o ținută de inhibiție psihomotorie, cu mișcări lente și rare. În acest context vorbirea este lentă, monotonă, deseori cu faze de mutism sau repetare inertă și anxioasă de cuvinte și exclamații, prin care exprimă starea de tensiune depresivă și delirantă. Slăbirea a ca și expresia de suferință generală sînt evidente, ca o consecință a refuzului alimentar și a insomniilor. Acest aspect general, cu simptomatologie foarte expresivă a bolnavului și care ajută formularea diagnosticului clinic, scoate în evidență grupul de simptome principale pentru accesul melancolic și anume: inhibiția psihomotorie, depresia severă definită prin intensitatea ei ca durere morală, vocile delirante, a căror cele mai grave consecințe sînt conduitele de autoagresiune și suicid.

Inhibiția psihomotorie, pe parcursul examinării clinice se manifestă ca inerție globală, stare de pasivitate pînă la abulia asociată cu lentoarea gândirii, scăderea generală a atenției, lipsă de interes și de comunicare cu alții, tendință de izolare. Întrucît nu se constată o veritabilă dezorientare temporo-spațială și nici tulburări de memorie în ceea ce privește capacitatea sa globală, această stare clinică va fi diferențiată de starea dementială și de sindromul confuzional.

Durerea morală se dezvoltă prin sentimentul unei suferințe iremediabile, întreținute de regretul și vinovăția față de persoane sau fapte săvârșite, deseori imaginare, sau ca o interpretare delirantă a unor evenimente în mod real trăite, recent sau cândva în trecutul bolnavului. Conținutul tematic delirant alături de autoacuzare și sentiment de nevrednicie, nemeritare a oricărei îngrijiri, mai poate fi de persecuție, mizemie și ruină sau de idei hipocondriace privind caracterul incurabil al vreunei boli.

La limita gravă, în forma sindromului Cotard, se constată tema de negare a propriilor organe, și a corpului, însoțite de convingerea unei iremediabile condamnări la suferința pe care bolnavul însuși o invocă auto-acuzându-se de grave fapte imorale.

Percepțiile bolnavului pot fi modificate prin iluzii, dar halucinațiile nu sînt întotdeauna prezente. Tulburările psihosenzoriale au un conținut depresiv, deseori sub formă de voci, care anunță nenorociri sau confirmă vinovăția bolnavului, comandându-i comiterea suicidului.

Riscul suicidar este permanent, de gravitate maximă, deseori neexprimat verbal de bolnav, după cum săvîrșirea sa poate avea loc atunci cînd evoluția clinică pare ameliorată, prin diminuarea inhibiției psihomotorii. De altfel, în starea de inhibiție psihomotorie, bolnavul nu are modalitatea comiterii actului sau procedurilor de suicid, iar cînd aceasta diminuează și persistă anxietatea și durerea morală, crește și riscul suicidar. El poate fi comis ca raptus suicidar, cînd starea de inhibiție a bolnavului este substituită de un episod de agitație anxioasă și comiterea suicidului se realizează violent și brutal. Alteori suicidul poate fi pregătit minuțios, disimulat de bolnav și astfel necunoscut celor din anturajul său, sau celor care-l îngrijesc.

În stările de dominanță delirant-halucinatorie cu tema de suferință și vinovăție, suicidul poate avea caracter colectiv, altruist, cînd de exemplu o mamă antrenează în suicidul ei, copilul sau întreaga familie, pentru

a-i priva sau salva, de suferințele sale, atribuite și celorlalți.

Forme clinice

Formele clinice ale melancoliei pot fi clasificate după tipul de predominanță a tabloului simptomatologic și după tipul de evoluție a bolii.

I. După tipul simptomatologiei dominante putem distinge:

1. Forma frustă se manifestă sub aspectul unei depresii simple sau moderate, neînsoțită de o marcată inhibiție psihomotorie. Ea survine la o aceeași persoană în mod periodic, uneori putînd fi motivată de situații conflictuale, dificile sau de impact, alteori însă se institue ca o dispoziție afectivă de fond, fără motivare psihoreactivă. Prelucrarea în asistență medicală a bolnavului, prin examinare și diagnostic diferențial, este necesară întrucît aceste forme deseori numite „depresie mascată” comportă același risc suicidar.

2. Forma anxioasă. Deși anxietatea este o componentă stabilă a depresiei din melancolie, în această formă clinică se întreține o stare de agitație psihomotorie încoercibilă și cu activitate motorie dezordonată.

3. Forma stuporoasă este caracterizată prin instituirea, ca tablou simptomatologic dominant, a stării de stupefacție. Aspectul de imobilitate al bolnavului, cu privirea fixă, stare generală proastă pînă la emaciare, culcat în pat în poziție de cucoș de pușcă, alteori cu imobilitate de postură, face necesară un atent diagnostic diferențial cu forma stuporoasă a confuziei mentale, exprimată de obnubilare, cu dezorientare temporo-spațială, ca și de stuporul catatonie, simptomatic unei schizofrenii, cînd este asociat negativismului, opoziției active la tentativele de mobilizare, o atitudine ce a fost impusă.

4. Forma delirantă este dominată de interpretări patologice, delirante, al căror conținut de vinovăție, neputință poate fi asociat unor preocupări și unui delir hipocondriac, deseori complicat de halucinații. Întrucît as-

pectul depresiei și inhibiției motorii poate fi mai puțin evident, analiza lor clinică impune diagnosticul diferențial cu un episod delirant, în contextul evoluției unei alte boli psihice.

5. Forma halucinatorie este manifestată prin agitație anxioasă, asociată unui sindrom confuzional, prin a cărui deficit de aspect demential va trebui diferențiată de alte sindroame sau boli cu etiologie organică. În aceste cazuri, examenul și explorările clinice dețin o importanță valoare pentru stabilirea diagnosticului pozitiv și a unei conduite adecvate.

II. După forma de evoluție distingem: o formă acută și alta trenantă sau cu tendință de cronicizare. În prezent, folosind criteriul clinic al simptomatologiei, al evoluției sub tratament, cât și criteriile genetice, poate fi pusă în discuție unitatea nosologică a psihozei maniaco-depresive. Astfel forma bipolară a acestei boli, caracterizată de alternanța deseori neregulată a accesului maniaco-depresiv și a celui melancolic, poate fi distinsă de formele monopolare, în care bolnavul prezintă întotdeauna un același tip de acces psihotic, fie melancolic, fie maniaco-depresiv.

Se constată, în același timp, frecvența mai mare a cazurilor care prezintă numai accese depresive, față de cazurile cu accese maniaco-depresive.

În evoluția sa clinică, accesul melancolic se poate epuiza, bolnavul fiind considerat vindecat, în ceea ce privește starea sa de sănătate, până la un alt acces. Accesul melancolic poate vira către o formă maniaco-depresivă sau succeda rapid cu acesta într-o veritabilă criză acută maniaco-depresivă. Accesul melancolic poate evolua trenant, către o formă de cronicizare, cu episoade, de acutizare periodică.

Ca o sinteză a datelor clinice privind simptomatologia, evoluția, tratamentul și explorările clinice pentru diagnosticul diferențial putem clasifica sindroamele depresive în forme ce se încadrează în psihoza maniaco-

depresivă, depresii cu manifestare simptomatică în cadrul unor suferințe sau disfuncții viscero-metabolice (pentru care au fost denumite și depresii organice) și depresii reactive în cadrul psihosindroamelor reactive, de stres.

MANIA

Mania sau accesul maniaco-depresiv, este un episod psihotic acut care survine în cursul unei psihoze maniaco-depresive și care se manifestă în mod esențial prin puternica excitație psihomotorie dominată de o stare euforică cu exaltarea întregii dispoziții.

Ea trebuie deosebită de alte sindroame de excitație psihomotorie din cursul evoluției altor boli.

Starea de debut-

Mania debutează brusc, fără legătură cu situația declanșatoare; uneori starea de debut poate fi precedată de indispoziție, neliniște, tulburări vegetative, pentru a se instala apoi brusc o stare de expansivitate psihomotorie cu agitație, care schimbă integral aspectul unei persoane, sugerând prin evidența simptomelor o stare psihopatologică acută. În unele cazuri, debutul maniei are legătură cu situații conflictuale de eșec, tensiune psihică asociată altor factori defavorabili (alcoolism) sau un doliu recent (în forma cunoscută ca manie de doliu).

Perioada de stare a bolii dezvoltă, la scurt timp după debut, o simptomatologie clinică expresivă prin care diagnosticul devine relativ simplu. Bolnavul prezintă p. ținută vestimentară dezordonată, cu tendință exagerată de înfrumusețare până la stridența vizuală, îndeosebi la sexul feminin, prin lunecarea facilă în trivialitate. Expresia feței este mobilă și exprimă starea de bună dispoziție și euforie. Comportamentul se manifestă prin stare motorie excitată, expansivă, și hiperactivă, cu gesticulații și teatralism, dar fără productivitate (hiperactivitate neproductivă). Dispoziția emotivă a bolnavului dominată de euforie este labilă, cu trecere bruscă de la

jovialitate la iritabilitate și stări colerice. Ea se exprimă prin aceeași stare de excitație psihică în procesele de cunoaștere: la care distingem fuga de idei, hiperprosexia distributivă, reacții delirante avînd un conținut de supraapreciere a propriei persoane, logoree și graforee. Insomnia, întotdeauna prezentă, nu institue oboseala, în timp ce setea și foamea bolnavului sînt aproape permanente. Din cauza hiperactivității, slăbirea, deshidratarea, hipertermia și tulburările metabolice sînt prezente.

În cursul examinării și observației clinice, acest tablou simptomatic, de prim contact cu bolnavul aflat în starea de boală, precizează simptomele principale: hipertimie expansivă cu euforie morbidă și tahipsihia cu fuga de idei și logoree.

Hipertimia expansivă este o tulburare fundamentală a dispoziției impulsurilor, a emoției și a sentimentelor, dominate de o stare de bine exagerată, de euforie morbidă. Bolnavul rîde aproape la orice întîmplare, se comportă cu o familiaritate exagerată, cu o ironie agresivă, pînă la trivialități, limbaj și gestică violentă. Exprimă o stare generală de expansivitate psihică prin formularea unor intenții și proiecte, care nu întrevăd obstacolele, sau le ignoră, în trecerea rapidă la altele, formulate în fraze scurte, decisive, dar meconsistente ca argumentare și extrem de schimbătoare.

Tahipsihia și fuga de idei confirmă, pe parcursul examinării bolnavului, perturbarea proceselor de cunoaștere, exprimate prin aceste două simptome. Astfel, toate procesele psihice se succed cu o mare intensitate de ritm, asociația de idei, pe lîngă faptul unei rapidități ușor de identificat, se face dezordonat, prin asonanțe exprimate în jocuri de cuvinte și tendință la o versificare de factură simplistă. Atenția voluntară fiind perturbată, cea spontană și distributivă foarte activă, întreține fuga de idei, succesiunea rapidă de reprezentări și rememorări. În aceste condiții, putem identifica la examenul bolnavului false recunoașteri, iluzia sosilor, alături

de teme delirante, avînd un conținut de supraapreciere, putere și mărire a propriei persoane. Caracterul schimbător, fragil în ce privește convingerea și sistematizarea sa, diferențiază această stare de alte forme de delir.

Formele clinice

Ca și în melancolie, pot fi clasificate după tabloul de predominanță a tabloului simptomatologic și după tipul de evoluție a bolii.

I. După tipul simptomatologiei dominante putem distinge:

1. Forma hipomaniacală sau frustă, în care tabloul simptomatologic este exprimat printr-o hiperactivitate motorie, fizică și intelectuală, uneori cu randament și productivitate crescută, dar de durată limitată și cu penibile tulburări de somn. Uneori din aspectul de mobilitate psihică, intelectuală, expresivitate și bună dispoziție contaminantă, acești bolnavi sînt tolerați și chiar primiți bine în relațiile lor de grup.

2. Forma coleroasă cuprinde cazuri al căror tablou simptomatologic este dominat de o extremă mobilitate înțreținută de o hiperemotivitate pînă la paroxism de iritabilitate, crize de furie, violență gestuală și verbală, dezinhibiție instinctuală cu impulsivitate și tendință de agresivitate și distrugere.

3. Forma delirantă, așa cum stabilește și denumirea, se caracterizează alături de celelalte simptome ale maniei, prin deliruri cu un conținut și dezvoltare fermă, asociată unor endofazii și halucinații plurisenzoriale.

4. Forma mixtă, în care simptomele de tip maniacal și cele melancolice se succed rapid, ceea ce prin labilitatea formelor realizate a permis (Kraepelin) descrierea unor variații simptomatologice: stupor maniacal, depresie agitată, manie akinetică, depresie cu fugă de idei sau manie depresivă.

II. După tipul de evoluție distingem forma acută, virarea maniei în melancolie și forma cu evoluție tre-

nantă sau de cronicizare.

Tratamentul modern poate scurta perioada de evoluție și diminua intensitatea simptomelor.

Evoluția către cronicizare este mai rară și se manifestă prin excitație psihomotorie permanentă, dar redusă ca intensitate, în raport cu accesul acut de melancolie. În această evoluție trenantă se semnalează periodic reacutizări.

Diagnosticul maniei, așa cum am văzut, se bazează pe datele semiologice și cele care privesc evoluția bolii. Între accesese periodice, starea persoanei în cauză este de cele mai deoseori compatibilă cu integrarea sa familială, profesională și socială.

Primul acces maniacal, în lipsa unor antecedente personale și familiale privind evoluția clinică a unor sindroame hipertimice, face necesar un diagnostic diferențial, din care nu pot fi uitate următoarele situații:

• intoxicațiile de origine medicamentoasă (corticoizidiazide), de origine toxicomaniacă (criza excito-motorie, alcoolică, beția patologică, intoxicațiile cocainice și cu halucinogene) și intoxicația cu oxycarbon. Toate aceste tipuri de intoxicații se însoțesc de regulă de stări confuzionale, alături de alte modificări de specificitate clinică și la explorările de laborator.

• afecțiunile organice cerebrale, în cursul cărora apar stări de excitație psihomotorie dar într-un context specific bolii, ca în stările crepusculare epileptice.

• endocrinopatiile și anume sindroamele hiperhipofizare, suprarenaliene, ovariene și tiroidiene.

• formele de excitație psihomotorie din schizofrenii ca agitațiile catatonice, bufeele delirante acute (cu variate teme delirante și halucinații) și formele distimice. În toate aceste forme, alături de alte particularități clinice se disting simptomele discordanței și caracterul necomunicativ, necontaminant al euforiei și expansivității din psihozele hipertimice.

• stările de agitație psihică în cursul unor agravări nevrotice, ca și excitațiile psihomotorii din psihopatii.

Etiopatogenia

În psihoza maniaco-depresivă cercetările exploratorii dovedesc tulburări în metabolismul monoaminelor cerebrale, fără a se stabili cu certitudine dacă acestea sînt la originea bolii sau numai expresia ei. Cercetările actuale se referă la tulburările indolaminelor (serotonina) și a catecolaminelor (dopamina și noradrenalina) în depresiile endogene. Astfel ar fi deficitul central de serotonină sau al derivatului ei metabolic, acidul homovanilic (SHIAA), iar în alte ipoteze deficitul de noradrenalină în sîr al 3 metoxi-4-hidroxifenilglicolului (MHPG) în urină, un derivat metabolic al noradrenalinei. Aceste cercetări stabilesc valoarea și rolul monoaminelor cerebrale în depresiile endogene, după cum alte cercetări moderne privind etiologia psihozei maniaco-depresive se referă la rolul factorilor ereditari. În acest sens, s-a constatat prin studii statistice riscul de morbiditate crescut la descendenții părinților bolnavi, față de cel al populației generale, iar studiul unor gemeni a dovedit riscul mare la gemenii monozi-goți și mai coborît la cei dizigoți. Alte cercetări presupun gena responsabilă de formele bipolare ale psihozei periodice sau a depresiei periodice ca fiind localizată în cromozomul X.

Tratament

Tratamentul melancoliei și al sindroamelor depressive, datorită progreselor psihofarmacologiei, a înregistrat certe succese, iar aplicarea sa a schimbat în mod simțitor acuitatea și durata simptomatologiei unor tablouri clinice. În același timp, cercetările de psihopatologie clinică, biochimia și genetica, au precizat unele aspecte privind clasificarea și diferențierea unor tablouri simptomatologice. Constatăm astfel o frecvență scăzută a formelor stuporoase și a celor delirante grave. În schimb, se constată o identificare a simptomatologiei somatice în

depresie, ca și creșterea lor ca frecvență în etapa a-3-a a vârstei ca expresie a creșterii longevității. De asemenea clasificarea relativ arbitrară dintre depresiile endogene și cele psihoreactive (situaționale) este corectată prin recunoașterea caracterului multifactorial al bolii, așa cum arată rezultatele cercetărilor genetice, biochimice și clinice, ca și studiul formelor cuprinse în denumirea de „depresie mascată”.

Tratamentul medical în toate formele melancoliei, datorită riscului suicidal, este o urgență.

Medicamentale electivă sînt imipramina care se administrează obișnuit în doze de 150-300 mg/zi, mai întîi parenteral apoi pe cale orală. Se poate face asocierea cu neuroleptice ca levomepromazină și tioridazină, care în unele situații de forme predominant anxioase, pot fi utilizate și singure.

În formele delirante, se administrează neuroleptice incisive de majeptil, haloperidol sau triperidol, după cum acelea în care predomină inhibiția psihomotorie sînt tratate cu I.M.A.O., cum ar fi niamidul (100 mg/zi).

Terapia prin electroșoc a rămas considerată ca utilizare electivă în depresiile grave cu puternică inhibiție psihomotorie, ca și în cele confuzionale. Ea se folosește numai în serviciile clinice, la situații bine precizate, sub forma șocului controlat (barbiturice cu efect narcotic scurt, după care să administrează i.v. sărurile de succinilcolină).

Asistența bolnavului include de asemenea tratamentul simptomatic (constipația, anorexia, insomniile) și supravegherea psihoprotectivă.

Tratamentul maniei este eficient prin administrarea de neuroleptice incisive: haloperidol, majeptil, triperidol, în scopul sedării stărilor de excitație psihomotorie. Asocierea clorpromazinei sau a levomepromazinei la unul din acestea, scade efectul extrapiramidal al neurolepticului incisiv și-i potențează acțiunea.

În ultima perioadă, a fost bine apreciată utilizarea sărurilor de litiu, mai ales a carbonatului de litiu (1-3 g/zi) atât în perioadele acute, cît și ap

ca tratament de susținere prin efectul său normotimizant.

Tratamentul simptomatic al bolnavilor cît și măsurile protective, care să limiteze riscurile de conflict și agresiune, completează conduita de îngrijire și asistență a bolnavului.

SCHIZOFRENIA

Definiție. Sub termenul de schizofrenie se înțelege o psihoză caracterizată printr-un ansamblu de simptome asociate, dominate de discordanță ideo-afectivă, incoerența proceselor de gândire, ambivalență, autism, halucinații și idei delirante în general nesistematizate. Boala evoluează către o disociație psihică cu o gravă dezorganizare a personalității și deficit de integrare în ambianță.

Frecvența cazurilor cu schizofrenie este aproximativ 1% din populație.

Conceptul asupra schizofreniei deține o evoluție istorică și face parte din problemele controversate privind etiologia și patogenia acestei psihoze cu evoluție de regulă progredientă.

Conceptiile asupra schizofreniei. În trecut, Pinel și Esquirol (1814) au individualizat o entitate psihopatologică, primul denumind-o idioție câștigată și al doilea „demență care survine înaintea vârstei de 25 ani”.

Din grupul demențelor, Morel (1851-1860) delimitează acele forme care angajează vârstele tinere, cuprinse în denumirea de „demență precoce”.

Hecher (1871) descrie un sindrom de scădere a capacității mentale și care evoluează la adolescenți prin accese succesive, asociat cu tulburări de limbaj și manierism, sindrom denumit „hebefrenie”.

Kahlban (1874) descrie catatonie sub forma unei „folii cu tensiune musculară”, având o evoluție către demență.

Kraepelin, în a 6-a ediție a tratatului său (1899), realizează în cadrul demenței precoce o unitate morbidă autonomă, care se exprimă prin diverse forme clinice, astfel încât la hebefrenie și catatonie, el adaugă demența paranoidă sau forma delirantă a bolii. Caracterul unitar al bolii este justificat de Kraepelin prin evoluția sa și mai ales prin aspectul emoțional afectiv al așa-zisei demențe. Cauza primară cât și tulburarea esențială după Kraepelin ar fi caracterul inafectiv (hipotim) al bolnavilor, pierderea capacităților energetice ale comportamentului și sărăcirea progresivă a vieții psihice.

Eugen Bleuler (1911) distruge edificiul Kraepelinian și creează termenul de schizofrenie, susținând în același timp că aceasta nu constituie o entitate morbidă, ci un grup sindromatic. Stările schizofrenice pot fi considerate ca modalități de reacții la un proces patologic grefat asupra unei personalități de tip divers. Criteriul principal de diagnostic nu este scăderea capacității psihice de aspect demențial, ci o disociație sau o dislocare a personalității. Astfel caracterul fatal de evoluție al bolii către o regresivitate demențială, atribuit de Kraepelin, este negat. Grupul de afecțiuni cuprinse în schizofrenie, caracterizat prin deteriorarea personalității, evoluează fie către o cronicizare, fie prin pusee. Există astfel modalitatea unei evoluții discontinue, cu opriri sau remisiuni posibile.

Sindromul schizofrenic cuprinde tulburări primare, care ar evidenția în mod direct procesul patogen, înțeles de Bleuler printr-o suferință cerebrală organică și tulburări secundare psihogenetice, care ar reprezenta tentativa de adaptare la tulburările primare. Deseori, tulburările secundare ar avea un caracter mai aparent decât cele primare.

După Bleuler, simptomele primare sînt reprezentate de:

- tulburări elementare privind asociația ideilor, prin pierderea legăturilor dintre ele, bizarerii, fenomene de baraj sau de întrerupere, ruptura gândirii, tulburări de limbaj și stereotipii;
- stări de obtuzitate sau de coborîre a pragului de eficiență mintală;
- tulburări distimice (accese de excitație și de depresie psihică);
- halucinații;
- tulburări neurovegetative.

Simptomele secundare sînt: delirul, ambivalența, autismul, detașarea de realitate, asociată unei predominanțe relative sau absolute a vieții interioare.

Alături de cele trei forme clinice descrise de Kraepelin, E. Bleuler individualizează o a patra formă și anume schizofrenia simplă, care ar constitui forma minoră a sindromului schizofrenic și în care tulburarea fundamentală, disociația, ar fi de intensitate moderată. Totodată, în această formă nu se constată, ca manifestare clinică, trăirea subiectivă a bolnavului, halucinații, delirurile, nici tulburările grave ale gândirii.

Constatăm, deci, în conceptul revizuit al demenței precoce de către Kraepelin și descris sub forma grupelor de schizofrenii, stări psihopatologice de gravitate variată. Această tendință se exprimă și la numeroși autori contemporani.

Teorii și concepte recente asupra schizofreniei.

Folosind o perspectivă fenomenologică, E. Minkowski enunță ca tulburare fundamentală a schizofreniei „pierdere a contactului vital cu realitatea”.

Dide și Guiraud au dezvoltat un concept apropiat de acesta sub forma „pierderea elanului vital” sau *athymhorie*, care ar corespunde hebefreniei.

Kretschmer, în cadrul curentului morfo-psihologic, stabilește o relație între trăsăturile de caracter și

caracteristicile morfologice și, în consecință, o predispoziție către anumite tulburări mentale. În această perspectivă constituționalistă ar exista o continuitate progresivă între subiecții normali de tip leptosomi-schizotimi, subiecții schizoizi (personalități patologice) și schizofrenii.

Cea mai largă utilizare a conceptului de schizofrenie apare în psihiatria anglo-saxonă. Astfel, starea schizofrenică ar constitui, de fapt, o reacție particulară la agresiuni de natură variată, fiind un mod nespecific de gândire patologică. Consecința acestei orientări teoretice este includerea în grupul nosologic al reacțiilor schizofrenice, a delirurilor cronice, a psihozelor acute, cît și a unor tulburări caracteriale și nevrotice. Încă de la Bleuler, majoritatea delirurilor cronice, psihozele halucinatorii, parafreniile și majoritatea cazurilor de paranoia, ar fi urmat să fie incluse în schizofrenii.

După școala americană, stările acute individualizate în Franța sub termenul de bufee delirante polimorfe sau psihoze delirante acute, sînt considerate ca schizofrenii acute. De asemenea, limitele dintre schizofrenii, unele stări nevrotice grave și unele tulburări de caracter sînt rău delimitate. Astfel, se constată o invadare a grupului schizofreniilor printr-un larg grup de entități psihiatrice cum ar fi schizofreniile incipiente, latente, stările prepsihotice, stările de limită (*Border-line*).

Majoritatea psihiatrilor francezi sînt, în general, ostili acestei fărîmîțări a schizofreniei, care prejudiciază orice tentativă de precizie. Se consideră, printr-un grup de schizofreniilor, la care nu cunoaștem etiologia și mecanismele patologice caracteristice: disociația psihică, discordanța și autismul.

Psihozele schizofrenice ar fi un ansamblu de tulburări dominate de discordanță, incoerență, ideo-verbală, autism, idei delirante, halucinații rău sistematizate și profunde perturbări ale afectivității, în înțelesul unei detașări și înstrăinări, tulburări care au tendință de evoluție către un deficit disociativ al personalității,

În prezent, se constată probleme noi în ordonarea nosologică, datorită evoluției stărilor schizofrenice și simptomelor lor prin utilizarea chimio-terapiei neuroleptice, care a modificat simțitor semiologia disociativă și procesualitatea bolii. Astfel, formele evolute cu tablou pseudodeficitar sau delirant de tip paranoid sînt mult mai puțin frecvente decît formele minore și sînt mascate de o simptomatologie nevrotiformă, după cum unele forme clinice pot avea o evoluție discontinuă.

DEBUTUL SCHIZOFRENIEI. Schizofrenia este o psihoză care se dezvoltă cel mai frecvent la vîrsta tînră, între 15-25 ani. Simptomele de debut pot avea aspectul unui polimorfism clinic lipsit de specificitate, ceea ce subliniază atenția care trebuie acordată la elaborarea diagnosticului pozitiv, în raport cu alte tablouri psihopatologice ale adolescenței și adultului tînr. Stabilirea diagnosticului precoce permite instituirea tratamentului încă în faza de început a bolii, fapt care influențează evoluția bolnavului și șansele sale de recuperare.

Debutul bolii se poate manifesta clinic într-o formă acută, subacută sau cu evoluție insidioasă.

1. Debutul acut apare, în 35%-40% din cazuri, sub forma unui episod care se exprimă fie prin aspectul dominant al bufeului delirant, fie sub forma unor stări distimice.

a) Bufeele delirante acute, ca episod psihotic, se dezvoltă pe o durată de la cîteva ore la cîteva zile și se caracterizează prin idei delirante polimorfe al căror conținut se schimbă, reacții afective violente, cu stări de exaltare, care pot alterna cu stări de depresie, și modificări variabile ale stării de conștiință. Dezvoltarea ideilor delirante poate coexista cu o stare de conștiință lucidă, dar sînt frecvente cazurile cu stări confuzivo-delirante, confuzivo-onirice sau oniroide, ca și cele cu stări de depersonalizare. Bolnavul se simte ca și invadat de senzația unei înstrăinări față de realitate (derealizare) și de impresia unei trans-

formări corporale și psihice (dezanimare, desomatizare), care pot fi globale sau localizate. Starea delirantă primară poate fi scurtă și limitată la o desfășurare de cîteva ore. Ea se poate repeta sau prelungi printr-un delir halucinator, ce se dezvoltă progresiv, concomitent cu fenomene de depersonalizare, automatism mental, senzație de oprire a ideatiei, perplexitate anxioasă și halucinații, care destructurează prin procesul psihotic întreaga personalitate a bolnavului și îi perturbă înțelegerea realității.

Halucinațiile sînt plurisenzoriale, cenestezice, auditive, vizuale și psihotice, structurînd convingerea bolnavului de exercitare asupra sa a unor influențe externe, de citire a gîndurilor nesistematizate, dar în care se întîlnește frecvent dominanța unor idei de persecuție.

b) Stările distimice se manifestă sub forma unor excitații psihomotorii maniacale, depresive sau sub forma unei alternanțe de aspect mixt excitomotor și depresiv.

- Starea maniacală, de excitație psihomotorie, are un aspect atipic, lipsită de o veritabilă euforie, iar fuga de idei este incoerentă.

Comportamentul bolnavului, de mare instabilitate psihomotorie, se manifestă prin reacții de agresivitate, bîrărie, negativism și indiferentism sau o răceală afectivă, care nu provoacă o sintonie cu interlocutorul, o concordanță de înțelegere sau compasiune. Uneori, stările de agitație psihomotorie sînt întrerupte prin episoade de mutism, stereotipii gestuale și verbale, impulsii agresive, manifestări ce caracterizează stările de agitație catatonică.

- Stările depresive din debutul acut al schizofreniei necesită diagnosticul diferențial cu debutul melancoliei. În schizofrenie, forma lor este atipică și au aspectul unei inhibiții psihomotorii lipsită de o veritabilă durere morală, sînt monotone, asociate

frecvent cu reacții de neliniște și idei delirante polimorfe în cadrul unei depersonalizări. Pot institui conduite de autoagresivitate și automutilare, cu motivații și mod de efectuare ce pare neînțeles, dar care evocă tulburări psihopatologice (halucinații sau dezvoltări delirant halucinatorii).

c) Stările mixte, de fapt, cele mai frecvente în debutul acut al bolii, caracterizează aspectul atipic al tulburărilor afective din comportamentul bolnavului; asintomie, lipsa sau diminuarea contactului afectiv, discordanța în marea variabilitate a dispoziției, cu alternanța rapidă și fără legătură inteligibilă de la o stare la alta.

2. Forma de debut progresiv și insidios în schizofrenie este uneori dificilă pentru diagnosticul diferențial, în raport cu alte tulburări psihopatologice din adolescența (tulburări lipsite de o progresivă agravare și, în general, cu o evoluție tranzitorie). În schizofrenie, evoluția tulburărilor este persistentă, cu agravarea progresivă a disociației ideo-afective și depersonalizarea caracteristică.

Astfel, în simptomatologia acestei forme de debut, se evidențiază la examenul clinic scăderea activității și randamentului, modificări ale afectivității și tulburări de comportament, modificări pseudonevrotice, tulburări delirante cu dezvoltare progresivă.

a) Scăderea activității se manifestă printr-o formă sesizabilă pentru anturajul bolnavului, prin neglijența și dezinteresul acestuia față de preocupările și activitățile sale obișnuite, însoțite de senzația de oboseală și neparticiparea emotivă la relațiile de familie și grup.

În același timp, se evidențiază o neglijență vestimentară și în igiena corporală, stări de apatie și perplexitate, lipsa interesului și inițiativei, care confirmă dezvoltarea apragmatismului în contextul celorlalte modificări de comportament și personalitate.

b) Modificările afectivității și tulburările de comportament evoluează în asociație cu manifestările de apragmatism, fiind caracterizate de indiferentismul afectiv, care transformă comportamentul bolnavului într-o succesiune de atitudini ce par enigmatice, neprevăzute, care pot reclama atenția afectivă într-o formă puerilă, pentru a se comuta apoi brusc în conduite violente și injuriosе. În alte împrejurări, se evidențiază tendința progresivă de izolare, atitudini de mutism sau pe fondul scăderii globale a activității și dezinteresului, fixarea rigidă și fără eficiență în preocupări abstracte: ocultism, misticism, schemele jocului de șah etc.

Atrag atenția, de asemenea, manifestările delicioase cu motivație și mod de comitere neprevăzut și aparent nejustificat (furturi absurde, loviri neașteptate, episoade toxicomane, ca și dereglările comportamentului sexual: exhibiționism, prostituție, homosexualitate. Prezența acestor manifestări patologice delicto-judiciare în evoluția debutului insidios al schizofreniei a diferențiat și o formă de debut numită medico-legală.

Manifestările din această formă de debut cu tulburări comportamentale, fără a fi specifice prin ele însele schizofreniei, atestă o schimbare a personalității, care în contextul general al tabloului psihopatologic și față de caracteristicile din trecut ale unei persoane, orientează diagnosticul diferențial și observația clinică către posibilitatea de a ne afla în fața unei evoluții de schizofrenie.

c) Tulburările pseudonevrotice pot constitui, destul de frecvent, dominanța tabloului clinic în debutul insidios al schizofreniei. Ele se manifestă printr-o simptomatologie obsesivo-fobică, hipocondriacă sau conversivă.

- Simptomatologia obsesivo-fobică apare în idei obsesive, de obicei cu conținut abstract, care întrețin reacții fobice. Dezvoltarea obsesivo-fobică poate fi dominată de teme sexuale sau teme de altă referință organică, care instituie prin amploarea lor, dismorfo-fobii și stări hipocondriace. Ideile, obsedante au un caracter ab -

abstract, simbolic, stereotip și delirant, în sensul absenței unei atitudini critice a bolnavului față de conținutul lor, absență prin care bolnavul ajunge treptat la convingerea unei transformări corporale. Lipsa atitudinii critice și de opoziție față de aceste stări, ca și desfășurarea lor stereotipă, fără participare afectivă, sînt elemente de diagnostic diferențial cu psiastenienă.

- Simptomele hipocondriace păstrează același aspect de fixație somatică necritică, care progresează către convingeri delirante de transformare corporală, deosebindu-le prin aceste trăsături de tulburările neurasteniei.

- Simptomele conversive se manifestă sub forma crizelor impulsive, teatralizate, manierism, anorexie sau bulimii, neasociate unor reacții afective corespundente și care relevă prin aceasta fondul de discordanță ideo-afectivă.

b) Tulburările delirante, în debutul insidios al schizofreniei, dezvoltă în mod progresiv simptome de aparență nevrotică (dismorfofobii, preocupări delirante), sub forma temelor de persecuție, posesiune, otrăvire, teme sexuale, pe fondul înstrăinării al indiferentismului emoțional și al depersonalizării bolnavului. Sindromul delirant nesistematizat poate fi precedat de automatismul mental și de halucinațiile psihice.

DIAGNOSTICUL ÎN DEBUTUL SCHIZOFRENIEI. Prognoza severă a bolii, implică competență și răspundere medicală, prin examinarea atentă a bolnavului și o apropiată observație clinică. În acest sens, sînt examinate simptomele evocatoare ale bolii (manierismele bizare, negativismul, stereotipia gesturilor) și comportamentului în ansamblul său (discordanța ideo-afectivă, catatonie) raportate la personalitatea anterioară și la existența unor antecedente familiale de schizofrenie. Totodată, observația clinică stabilește valoarea de diagnostic și prognoză a simptomatologiei care a apărut de curînd, în opoziție cu trecutul bolnavului, simptomatologie care se agravează progresiv. Observația clinică mai poate pune în evidență debutul care a fost precedat de o perioadă mai lungă

de tendințe la izolare, apragmatism, modificări ale afectivității și tulburări de comportament. Astfel, bolnavul poate evidenția o atitudine distantă, lipsită de expresia afectivă, folosește unele cuvinte în mod neadecvat, la fel și unele asociații de idei și exteriorizează prin atitudine trăirile sale halucinatorii. Consecința examenului, observației și explorărilor clinice este stabilirea precoce a tratamentului și a conduitei de asistență, după un atent diagnostic diferențial.

Tabloul psihopatologic în perioada de stare a schizofreniei poate fi investigat prin examinarea funcțiilor psihice în cadrul explorării și observației clinice, reunit în acest fel într-o schemă de sistematizare a simptomatologiei distinctă. Astfel, E. Bleuler distinge:

- Simptomele fundamentale ale procesului de disociere a personalității, care sînt specifice bolii și au o evoluție durabilă, fiind întotdeauna prezente și exprimate într-un anume grad de intensitate. Aceste simptome exprimă tulburările de desfășurare a gândirii, ale afectivității și ale conștiinței de sine, care se manifestă în procesele voluntare și activitatea bolnavului în forma caracteristică a autismului și ambivalenței.

- Simptomele accesorii, care pot fi prezentate și în alte psihoze, completînd tabloul clinic fundamental. Aceste simptome sînt: ideile delirante, tulburările funcționale, de memorie, simptomele catatonice, particularitățile vorbirii și ale scrisului. Procesul de disociere a personalității realizează, de asemenea, o interdependență a simptomatologiei în variate modalități de exprimare clinică.

După H. Ey, schizofrenia este un proces care provoacă o evoluție progresivă a persoanei exprimată prin:

- Simptome deficitare (negative) de origine organică, constituite în sindromul disociativ. Acesta cuprinde tulburările desfășurării gândirii, tulburările cîmpului conștiinței, alterarea valorilor logice, dezorganizarea vieții afective, discordanță psihomotorie (inclusiv comporta-

mentul catatonic).

- Simptomele productive (pozitive), de elaborare psihică, se evidențiază în cadrul sindromului delirant paranoic, constituit din trăiri și elaborări delirante care realizează lumea autistică, închisă comunicării cu realitatea ambianței, datorită alterării sistemelor logice și producției gândirii, în consecință, datorită unui sistem de convingeri patologice.

Examenul clinic al proceselor psihice pune în evidență:

- Tulburări de percepție, predominant în forma tulburărilor halucinatorii, evidente în toate stadiile de evoluție a bolii, tulburări față de care bolnavul exprimă fie o atitudine de participare neliniștită, fie o indiferență și detașare. În ordinea frecvenței, halucinațiile sunt auditive, tactile, conestezice, olfactive, gustative și vizuale.

Halucinațiile auditive sunt sub formă de voci ce se adresează, discută sau poruncesc acțiunile bolnavului și ele pot fi din afară sau din interiorul corpului acestuia. Pseudohalucinațiile se manifestă ca voci interioare de sonorizare a gândurilor, stare clinică ce evidențiază tulburările de percepție. Caracteristice sunt și halucinațiile corporale, care întrețin o stare neliniștită față de convingerea provocării din exterior, bolnavul putând afirma de exemplu: percepția provocării unor raporturi sexuale forțate, deplasări și mișcări în spațiu, toate acestea resimțite ca trăiri penibile și despre a căror realitate este ferm convins. Halucinațiile vizuale sunt rare și ele pot apare în cursul unor tulburări de conștiință sau asociate altor factori exogeni. Pseudohalucinațiile vizuale au aspectul unor imagini formate în mintea bolnavului. Halucinațiile olfactive și gustative nu sunt specifice schizofreniei, apar mai rar și nu au un aspect particular.

Cenestopatiile, fără a fi caracteristice schizofreniei, se pot evidenția cu precădere în formele clinice cu simptomatologie pseudonevrotică și hipochondrică.

- Tulburările de atenție apar la examenul clinic sub forma unei hipoprosexii voluntare și involuntare, care

decurge din stergerea interesului față de ambianță și autism, cu rupere de realitate prin predominanța relativă sau absolută a trăirilor subiective

- Tulburările de memorie pot fi consecința aceleiași stingeri a interesului față de ambianță și a autismului, tulburări caracterizate prin scăderea capacității de fixare și evocare mnezică (amnezie de utilizare), sau iluzii și halucinații de memorie (alomezii - amintiri reale dar modificate, pseudomnezii - elaborări ale imaginației interpretative - ca amintiri), care de fapt sunt consecința tulburărilor delirante.

Amnezia lacunară poate fi evidențiată la examenul clinic, dar ea privește numai perioadele de intensă agitație, psihomotorie din stadiul acut al bolii.

- Tulburările de gândire pot fi evidențiate în simptome care atestă o predominanță: a) a desfășurării gândirii și b) a conținutului gândirii.

a) Desfășurarea gândirii este perturbată în schizofrenie în formă de încoerență, care poate ajunge până la schizofrenie, prin alterarea relației logice dintre idei și a structurii sintetice. Incoerența ideatorie, chiar în forma avansată, se desfășoară pe fondul unei conștiințe clare și poate oscila cu perioada fără tulburări ale asociației de idei, mai ales când bolnavului i se solicită relații scurte, directe și concrete. În gândirea schizofrenului poate fi evidențiată, de asemenea, o tulburare de asociație ideatorie caracterizată prin modificarea noțiunilor. Astfel, în baza unor elemente comune dar secundare, mai multe noțiuni pot fi condensate în una singură, aceleași noțiuni putând fi gândită în două conținuturi opuse (ambivalență intelectuală sau nebunia contrariilor). Gândirea se desfășoară uneori printr-un ritm accelerat (în mentism) sau încetinit, cu fenomene de baraj, de oprire a fluxului mental, cu perseverări și stereotipii verbale și cu răspunsuri alături de întrebări, paralogice, datorită negativismului sau încoerenței.

b) Tulburările cu predominanța conținutului gândirii sunt ilustrate în mod caracteristic prin delirul

trăit, primar și nemotivat (nu decurge din stări afective sau idei delirante dezvoltate anterior), față de care bolnavul păstrează o atitudine de fermă convingere, iar conținutul delirului, slab motivat, este neinfluențabil și incorrigibil la argumentare logică.

Bolnavul comunică delirul său prin judecăți astfel modificate patologic, păstrând totuși capacitatea de a judeca în afara trăirii sale delirante.

Delirul primar se poate manifesta sub multiple forme, ca dispoziție delirantă (trăire difuză a unor schimbări încă neprecizate privind iminența unor nenorociri sau primejdii), interpretare delirantă (acordarea nemotivată de semnificații anormale unor percepții reale), intuiția delirantă (idei sau reprezentări cu semnificație motivată privind propria persoană sau o altă, care apar brusc), delirul de influență (fenomene de furt sau înțepere a gândirii).

Trăirile delirante primare se organizează în elaborări delirante secundare, care, prin procesul de dezvoltare autistă a bolnavului, rămân slab sistematizate și incomprehensibile relațiilor de comunicare.

Conținutul ideilor delirante, slab sistematizate, fragmentate și care sărăcesc progresiv, se referă la teme de persecuție (sub formele de delir de otrăvire, urmărirea, distrugere, gelozie) și teme de mărire (sub formele ideilor delirante de invenție, erotice, politice, mistice).

Trăirile delirante primare și secundare realizează și dezvoltă autismul (sau gândirea dereistică), proces patologic caracteristic schizofreniei, lumea autistă a bolnavului „fiind expresia desprinderii gândirii de realitatea general recunoscută, asociată cu preponderență absolută sau relativă a vieții psihice interioare” (E. Bleuler). Acest proces psihopatologic instituie veritabila alienare prin anularea capacității de comunicare interumană și pierderea contactului cu realitatea.

TULBURĂRILE LIMBAJULUI VORBIT ȘI SCRIS. Tulburările limbajului vorbit și scris sînt corelate celorlalte modificări psihice pe care le exprimă sau se dezvoltă în

examinarea bolnavului. În formele clinice atenuate, exprimarea conținutului sau formei patologice a gândirii se face direct în limbajul vorbit și scris, asemănător procesului de comunicare obișnuit, dar cel mai frecvent desfigurarea și conținutul exprimării dezvoltă procesul psihopatologic. Astfel, bolnavul poate vorbi neîntrerupt, dezvoltînd angajarea sa la răspunsurile sau întrebările interlocutorului, ca și indiferența la reacțiile sale.

Verbigeratia este exagerarea acestei manifestări și se constituie ca tulburare de limbaj caracterizată de stereotipii verbale repetate ritmic, încît vorbirea devine de înțeles și pierde sensul de veritabilă comunicare.

În cursul acestei vorbiri se găsesc, într-o repetare monotonă, fragmente de fraze sau propoziții legate prin aliterații sau rime, în mod întâmplător și fără un sens inteligibil.

Mutismul apare ca o atitudine în mod opus diferită, bolnavul găsindu-se într-un blocaj verbal total, înțreținut de negativismul, ideile delirante sau starea sa stuporoasă. În unele cazuri însă bolnavul acceptă comunicarea numai în scris.

Tulburările expresiei verbale în schizofrenie se pot manifesta prin forme multiple, cum ar fi: vorbirea despre sine la persoana a treia, utilizarea în propoziție a verbelor numai la forma infinitivă, exprimarea puerilă, lipsită de construirea frazei, de acorduri, de articulații și cu evident aspect negramatical. De asemenea, tonalitatea vorbirii poate fi schimbată, joasă, cu o desfășurare mult încetinită sau rapidă, iar alteori într-o pronunție străină, artificială ca și cum ar fi fost învățată și nu cunoscută prin utilizare curentă.

Paragramatismul este un simptom care întrunește aceste manifestări ca tulburare particulară a limbajului în schizofrenie și care ajunge la crearea unor cuvinte noi, cu un anume înțeles numai pentru bolnav.

Paragramatismul sau paragrafismul, în egală măsură exprimă o modificare întîlnită în schizofrenie, ca tulbu-

rare complexă a scrisului, atât în expresia sa caligrafică cât și psihografică. Se modifică modul de prezentare al cuvintelor și frazelor, prin omisiuni de litere, substituirii, apariții de punctuații arbitrare, semne bizare, transpoziții de silabe.

Conținutul limbajului poate fi alterat prin utilizarea de noi cuvinte, utilizarea exagerată a neologismelor lăsând impresia unui efort de exprimare a trăirilor particulare ale bolnavului. Excesul de neologisme este întâlnit îndeosebi în vorbirea schizofrenilor paranoizi, în celelalte forme ale bolii deține un caracter întâmplător și nerepetabil.

Glosolalia este destrucțurarea gravă a limbajului, fiind expresia autismului, ce se manifestă printr-o pronunție a silabelor fără sensul obișnuit și inteligibil, dar după o regulă pe care o stabilește bolnavul și o repetă ca atare în vorbirea sa.

Tulburările de limbaj în formele grave ale bolii, când exprimă incoerența gândirii bolnavului, ajung la o adevărată disociație verbală denumită schizofrenie, când vorbirea devine de neînțeles prin succesiunea unor fraze fără legătură, cu exces de neologisme, cuvinte neadecvate și care păstrează în ansamblul construcției doar o relativă structură gramaticală.

- Tulburările afectivității în aspectul lor cel mai cunoscut, de indiferență afectivă, se constată într-o evidență tranșantă, îndeosebi în formele grave și avansate ale schizofreniei, când se manifestă ca deteriorare instinctivo-emoțională și pustiire a sentimentelor și se realizează prin indiferentism, înstrăinare față de sine și de ceilalți. Așa cum am văzut, în stadiile de debut ale bolii domină o labilitate crescută a sentimentelor, îndeosebi față de persoanele apropiate și familiale.

Pierderea unor sentimente de simpatie și în general lipsa unui raport afectiv față de cei apropiați și familie, cu dezvoltarea progresivă a unei inversiuni afective, sub dominanța unor teme delirante de persecuție,

este caracteristică și servește analizei clinice pentru elaborarea corectă a diagnosticului.

La fel, în debutul și evoluția bolii, dispoziția bolnavului se caracterizează printr-o puternică instabilitate cu stări euforice depresive, disforice și numai în stadiile avansate ale bolii se instituie indiferentismul.

Tulburarea caracteristică comportamentului în schizofrenie este insuficiența capacitate de modulare afectivă, o stare de rigiditate a trăirilor afective, cu episoade neașteptate de reacții opuse în conținutul lor emoțional.

Se manifestă în general lipsa unui comportament de concordanță afectivă cu propriile trăiri, ceea ce duce la reacții afective paradoxale și discordante (criza de ris nemotivat).

Paratimia este starea simptomatică care exprimă aceste tulburări ca urmare a discordanței ideo-afective și instinctivo-emoționale.

Paramimia este o stare simptomatică cu aceeași valoare importantă de diagnostic, având o aceeași exprimare a lipsei de concordanță între manifestarea exterioară, prin mimica și realizarea facială a unei trăiri afective în conținutul ei. Astfel, paratimia și paramimia, uneori mai greu de diferențiat, exprimă în egală măsură procesualitatea caracteristică schizofreniei, de discordanță între afectivitate și ideatie, dintre afectivitate și expresia ei.

În evoluția tabloului clinic al schizofreniei, constatăm în mod constant tulburări ale proceselor afective, tulburări care în ansamblul personalității particularizează, prin comportamentul bolnavului, disociația proceselor psihice. Este astfel caracteristică ambivalența afectivă, bolnavul putând trăi două stări afective contrarii (ură și iubire) față de aceeași persoană.

- Tulburările proceselor efectorii - voință și activitate. Comportamentul bolnavului apare lipsit de interes și inițiativă, detașat de realitate, și de preocupare

pările sale, pînă atunci obișnuite, și cu reacții impulsive de violență sexuală, agresivitate, automutilare sau sinucidere. Aceste modificări neașteptate apar lipsite de vre-o înțelegere, fac parte din evoluția procesuală a bolii, tulburările disociației psihice fiind exprimate și în ambivalența voinței, cînd într-o acțiune coexistă tendințe contrarii.

Tinuta și vestimentația bolnavului sînt lipsite de îngrijire și interes, iar atunci cînd este neglijat bolnavul emite și regulile elementare de igienă, stare ce poate fi recunoscută în examenul înfățișării sale generale.

Tulburările psihomotricității, întretinute în comportamentul catatonice, păstrează o puternică valoare diagnostică, deși utilizarea neurolepticilor cu efectele lor secundare și aplicarea precoce a tratamentului au redus din intensitatea și specificul acestor simptome.

Sindromul catatonic este caracterizat prin: cataplexie sau flexibilitate ceroasă, parakinezii (manierisme, mimică paradoxală, stereotipii), negativism și sugestibilitate.

Catalepsia sau flexibilitatea ceroasă este denumită starea simptomatică de inhibiție psihomotorie prin care bolnavul menține o atitudine ce-i este imprimată prin mișcare pasivă, în timp ce stereotipiile cuprind cuvintele, atitudinile și actele coordonate a căror desfășurare este fixă și rigidă în repetabilitatea lor. Stereotipiile, după descripție, pot fi de poziție (pernă psihică), de mișcare, de vorbire (verbigerație), de scris, de gândire și chiar a halucinațiilor.

Negativismul denumește refuzul sau opoziția ce o exprimă bolnavul la o solicitare externă sau internă. El poate fi activ, cînd se constată gesturi sau mișcări opuse solicitării făcute, sau pasiv cînd refuzul și rezistența sînt totale la orice solicitare. Sugestibilitatea exprimă, dimpotrivă, starea de preluare sau supunere automată la solicitări sau incitații și se manifestă ca ecopraxie, ecomimie și ecolalie (repetarea gesturilor, a

mimicii și cuvintelor).

Forma avansată de inhibiție catatonică ajunge la stuporea catatonică, stare care poate fi întreruptă brusc de hiperkinezii și stereotipii motorii, constituind agitație catatonică.

Starea de conștiință, în toate tablourile clinice ale schizofreniei tipice, se caracterizează prin conservarea clarității sale, ceea ce servește după unii autori ca element de diagnostic diferențial. În acest sens simptomele schizofreniei ar putea fi confirmate numai în acele stări psihotice care păstrează conștiința clară. Se admit ca excepție de la această situație stările din debutul hebefreniei și unele stări catatonice de oniroidism (stări de conștiință asemănate de bolnav cu visul, în care se desfășoară, în condițiile de veghe, iluzii, halucinații, idei delirante fantastice cu dezorientare temporo-spațială).

Tulburările personalității în schizofrenie cuprind simptomele de depersonalizare și de derealizare.

Depersonalizarea se manifestă și este trăită de bolnav ca o stare particulară în care ideile, afectele și acțiunile proprii sînt resimțite ca fiind produse sau influențate de către alții, astfel încît trăirea sau activitatea psihică pierde apartenența de eu, ca stare subiectivă a propriei persoane. În contextul acestor tulburări se disting: influențarea și furtul gândirii, a stărilor afective sau a actelor de voință; automatismul mental; înstrăinarea față de sine și de propriul corp.

În unele situații clinice, se poate evidenția o altă tulburare de asemenea caracteristică schizofreniei și anume ștergerea delimitării dintre eu și non-eu, stare psihopatologică în care bolnavul transpune obiectelor și fenomenelor din ambianță, propriile sale trăiri. În opoziție cu această stare simptomatică, denumită tranzitivism, poate apare convingerea bolnavului de apartenență și trăire a unor întâmplări care de fapt sînt proprii altor persoane, simptom ce este denumit, apersonalizare. Derealizarea se identifică ca o tulburare a conștiin-

ței despre realitate prin dezvoltarea delirului primar, incoercibil la argumentare logică, cu păstrarea capacității de judecată în afara tematicii delirante și în prezența unei conștiințe clare.

Tulburările de aspect somatic în schizofrenie sînt:

- tulburări secundare comportamentului indus de boală (agitație sau inhibiție psihomotorie, tulburări de nutriție, aspectele datorate lipsei de grijă față de sine și a lipsei, în consecință, de igienă);
- tulburările vegetative asociate modificărilor psihice și ale comportamentului;
- tulburările constituite de efectele secundare ale unor tratamente medicale.

La examinarea clinică, putem observa deseori la bolnavii schizofrenici oscilații ponderale, oscilații ale pulsului, pielea seboreică, extremitățile reci și cianotice, scăderea indicelui oscilometric, retenții de urină, deficiențe sexuale, pupile midriatice și lipsa reflexelor pupilare, hipoestezie periferică.

Lichidul cefalo-rahidian este nemodificat la examinările uzuale de laborator sau poate consemna o creștere moderată a albuminelor și modificări în partea stîngă a curbilor rezultate din reacțiile coloidale.

Modificările constatate la pneumo- și electroencefalografie nu au un caracter de specificitate, putînd fi prezente și în alte suferințe ale cazurilor cu dilatare în porțiunea frontală a ventriculilor laterali, a ventriculului III și uneori mărirea spațiilor subarahnoidiene.

Explorările electroencefalografice, deși confirmă frecvente anomalii, nu individualizează trasee caracteristice, rămînd însă importantă pentru studiul clinic corelarea dintre explorările EEG și EEG.

Formele clinice ale schizofreniei

Clasificarea formelor clinice ale schizofreniei se bazează pe predominanța simptomatologiei și evoluției caracteristice a bolii. În mod general, sînt descrise forme

1. hebefrenice, hebefreno-catatonice, paranoide și simple.

1. Schizofrenia hebefrenică ar reprezenta 15-20% din cazurile de boală. Se caracterizează prin apariția precoce, în etapele de vîrstă de 15-20 ani, cu un debut insidios dominat de simptomele disociației psihice, a cărei evoluție este gravă prin deficitul psihic ce-l instituie, fiind în același timp forma clinică cea mai puțin sensibilă la tratamentul cu neuroleptice. Comportamentul bolnavului evidențiază o stare de agitație și euforie particulară ce realizează puerilismul mental, cu manierism, apragmatism, reacții impulsive, ca și tulburări de vorbire (verbigeratii), idei delirante absurde, vagi și nesistemizate. Remisiunile sînt posibile, ca și evoluția în pușee succesive cu acutizări periodice, în timpul remisiunilor fiind posibilă o parțială integrare în relațiile ambianței.

În fazele avansate și grave, se constată o severă rupere de realitate, negativism, incoerență ideatorie și verbală, stereotipii, apragmatism, cu posibilitatea limitată, în perioadele de remisiune, a unei activități doar în mediu protejat. Se apreciază la 15-20% cazurile cu evoluție gravă în formele de schizofrenie hebefrenică.

2. Forma hebefreno-catatonică este dominată de simptomatologia sindromului cataton. Bolnavul, la examenul clinic, prezintă deseori o stare de stupeoare cu imobilitate și opoziție la tentativa de a-l face să acționeze, flexibilitate ceroasă, mutism și episoade tranzitorii de agitație-motorie.

Catatonie ca formă clinică a schizofreniei necesită un diagnostic diferențial cu catatonie simptomatice din bolile infecțioase, toxice, traumatice, vasculare, degenerative și tumorale.

Catatonie experimentale de origine toxică și cele simptomatice confirmă de altfel forma particulară de reacție psihomotorie a sistemului nervos la agresiuni variate, anatomice, funcționale sau chimice din acest sindrom.

3. Schizofrenia paranoică este mai frecventă decât celelalte forme clinice și se distinge prin câteva aspecte comune: debutul relativ mai tardiv, după vârsta de 30 ani, tabloul clinic dominat de halucinații și deliruri, personalitatea mai bine conservată decât în celelalte forme, ceea ce permite menținerea sa o perioadă mai lungă în relațiile ambianței. Tulburările de tip catatonice sînt excepționale în cursul evoluției bolii.

Delirul paranoid este autist, nesistematizat și incoerent ca temă, asociat sindromului de disociație psihică, ceea ce face ca la examenul clinic să apară o simptomatologie variată și expresivă.

Chimioterapia modernă a schimbat mult evoluția și intensitatea simptomelor, care deseori pot avea un caracter mascat, rezidual și cu evoluție periodică.

4. Schizofrenia simplă, denumită astfel pentru manifestarea disociației psihice cu autism, indiferențism și ambivalență afectivă, într-un comportament dezorganizat dar cu expresivitate atenuată în ceea ce privește intensitatea tulburărilor de gândire și a delirului. La examinarea bolnavului, se identifică un slab randament școlar sau profesional, o activitate fără inițiativă, săracă și stereotipică, tendința constantă la izolare, cu stergerea interesului pentru familie și ambianță, autism și ambivalență afectivă. Diagnosticul diferențial poate fi dificil tocmai prin lipsa unei simptomatologii de evidență și intensitate, caracteristice schizofreniei.

Actualele forme evolutive ale schizofreniei sînt identificate și descrise clinic în raport de modificările instituite prin aplicarea tratamentelor moderne și de prognosticul lor.

Se apreciază astfel cam la 20-25% frecvența vindecărilor, iar aproximativ 20% din cazuri ar avea o evoluție gravă cu deficit psihic de aspect invalidant, în-deosebi din categoria formelor hebefrenice și hebefrenocatatonice. Între 55-60% din cazurile de schizofrenie au o evoluție în forma unor episoade recurente sau pusee evolutive, care alternează cu ameliorări mai mult sau mai

puțin importante.

Etiopatogenia schizofreniei constă în prezent subiectul deschis unor ample cercetări asupra caracterului multifactorial al bolii.

Observații clinice și experimentale sugerează corelații etiopatogenice, prin existența sindromului catatonice tumoral, traumatic sau experimental de origine toxică, ca și al psihozelor experimentale induse de substanțe halucinogene cum ar fi L.S.D., a cărui structură este apropiată de cea a serotoninei.

Explorările biochimice în schizofrenie au permis formularea unor ipoteze imunologice privind existența unei globuline-taraxeina - în sângele bolnavilor, sau a unor ipoteze asupra perturbării mediatorilor chimici cerebrali: anomalii ale oxidării sau carboxilării substanțelor adrenergice, tulburări ale metabolismului serotoninei sau ale precursorilor, anomalii metabolice ale substanțelor indolice.

Cercetările genetice, studiul gemenilor și cercetările epidemiologice semnalează intervenția factorilor genetici, schizofrenia fiind o boală a tuturor populațiilor umane, al cărei risc de morbiditate este de 1% indiferent de cultură, riscul general după unii autori fiind de la 5% la 16% în fratria unui schizofren, de la 7% la 16% pentru copii proveniți dintr-un părinte schizofren și de la 40% la 70% pentru copiii proveniți din ambii părinți schizofreni.

Totodată cercetările asupra schizofreniei, semnalînd valoarea perturbărilor biogenetice, apreciază și rolul unor factori psihodinamici legați de familie, ambianță și psihotraume.

Diagnosticul schizofreniei, așa cum rezultă din evoluția și descrierea formelor clinice, se face în raport de etapa de dezvoltare a bolii și particularitățile tabloului psihopatologic al fiecărui caz. Ca atitudine a medicului examinator, s-a atras atenția asupra identificării simptomelor productive și a caracterului incomprehensibil pentru ambianță, a activității psihice și

a comportamentului la bolnavul schizofren. În majoritatea situațiilor, după stadiile de debut ale bolii, în formele de evoluție mai îndelungată sau trenantă, diagnosticul nu constituie o dificultate. Ceea ce nu trebuie să însele pe examinator este prezența singulară sau izolată, a unor simptome cărora li se atribuie o semnificație caracteristică de boală. Este necesar să se aprecieze prin examenul și observația clinică, precum și prin studiul longitudinal al bolnavului, ansamblul tulburărilor disociative, de incoerență a gândirii și vorbirii, tulburările afectivității și comportamentul de contact afectiv, halucinațiile, delirul, apragmatismul, tulburările catatonice, comportamentul și ținuta bolnavului, în toate modalitățile sale de afirmare.

În perioada de stare, diagnosticul diferențial se face cu fazele psihozei maniaco-depresive. În schizofrenie, însă, lipsește capacitatea de contact, stările de dispoziție și afect nu sînt transmisibile, iar evoluția clinică evidențiază tulburările autiste și de discordanță a proceselor psihice.

Schizofrenia paranoică se diferențiază de parafrenie și paranoia, prin conservarea în cazul acestor psihoze delirante, a personalității și a unei capacități de integrare în ambianță, cu debutul și evoluția lor mai tardivă, în care se dezvoltă un delir sistematizat, cu păstrarea coerenței și absența unor tulburări de percepție, gândire și activitate, caracteristice în schizofrenie.

Formele paranoice ale schizofreniei pot fi uneori mai greu de deosebit de halucinoza acută, dar anamneza, semnele de impregnare toxică, și de suferințe viscerale, aspectul clinic al halucinațiilor și delirului, fără dezvoltarea unor simptome ale discordanței psihice, stabilesc diagnosticul pozitiv.

În unele forme clinice ale psihozei epileptice, îndeosebi când crizele de paroxism neuronal sînt foarte rare, comportamentul bolnavului poate avea asemănarea tulburărilor disociative și chiar a celor productive din schizofrenie. Antecedentele bolnavului, explorările bioelectrice și evoluția sa clinică ajută la stabilirea corectă a diagnosticului.

Psihozele traumatice cît și unele forme clinice din PEG pot lua aspectul unor tulburări clinice din schizofrenie, dar examenul clinic și explorările complementare formulează diagnosticul ca și conduita terapeutică.

La fel, oligofreniile de gradul debilității mintale și imbecilității, prin anamneză și dezvoltarea psihică deficitară a bolnavului, nu constituie o dificultate pentru diagnosticul diferențial. Așa cum am văzut, principalele sindroame nevrotice și psihopatiile constituie elemente de diagnostic diferențial îndeosebi în perioada de debut a schizofreniei.

Tratamentul în schizofrenie are drept scop anularea fenomenelor psihopatologice, prevenirea reapariției lor, ca și compensarea defectului personalității.

- recuperarea și reintegrarea familială și socio-profesională a bolnavului.

Terapia modernă a schizofreniei, în forma intervenției biologice, utilizează modalitățile chimioterapiei, comelor insulinice și electroplexia (tratamentul electroconvulsivant).

Chimioterapia, ca rezultat al psihofarmacologiei moderne, a influențat evoluția schizofreniei și destinul bolnavilor, considerînd remisiunile bolii la 75-80% pentru cei internați la debutul bolii, cît și semnificativa ameliorare a evoluției trenante și cronice.

În cura neuroleptică se fixează doza zilnică, durata de aplicare, tipul sau asociația de neuroleptice, în etapa din spital cît și în cele de dispensarizare, ca și corelația afectelor adverse sau secundare.

Dintre fenotiazine cele mai folosite sînt clorpromazina, levomepromazina, trifluoperazina, alături de butirofenone, derivații tioxantănici și uneori alcalozii de rauwolfia.

Dozele zilnice se cresc progresiv pînă la obținerea rezultatelor terapeutice, în mod inițial putînd fi utilizată administrarea lor parenterală, apoi per os.

Clorpromazina este folosită într-o doză medie, pentru cazurile acute, de 300-600 mg. pe zi. Fiind considerată

neurolepticul de referință, dozele pentru celelalte neuroleptice se stabilesc în raport de aceasta, valoarea fiecăruia fiind apreciată cu cifra care indică de câte ori este mai mică doza necesară substituției clorpromazinei, astfel: levomepromazina 1-2, trifluoperazina 2-3, tioridazina 1, fluofenazina 20-60, tioproperazina 30-70 etc.

Tratamentul clinic intensiv, pentru obținerea unor rezultate eficiente, utilizează în prezent asocieri de neuroleptice în care inconvenientele ar urma să poată fi corectate de asocierea cu altele. Se folosește astfel asocierea unui neuroleptic inclusiv (catenă laterală alifatică cu nucleu piperazinic) cu un neuroleptic sedativ (catenă laterală alifatică ramificată), ca de exemplu: tioproperazina cu levomepromazina sau haloperidolul cu tioridazina. O altă asociere utilizată este cea dintre neuroleptice și unele antidepresive, neuroleptice și hipnotice, după cum apare necesitatea asocierii corective cu anti-parkinsoniene, protective hepatice și vitamine.

În prezent, tratamentul de întreținere se realizează prin neuroleptice injectabile la o distanță de timp, fiind asigurată acțiunea lor prin substanța depôt.

Tratamentul insulinic - cura Sakel - a fost restrâns prin modalitățile și eficiența neurolepticilor.

Terapia electroconvulsivantă păstrează însă indicații în formele rezistente la neuroleptice, în asociație cu acestea, mai ales în formele clinice ale catatoniei stuporoase, stările de inhibiție prelungită, depresiile atipice. Aplicarea terapiei electroconvulsivante, ținând seama de contraindicații și forme de evoluție a bolii se face într-o formă protejată sub cură.

În formele catatonice, ca și în depresiile atipice, cura de neuroleptice se asociază după caz, cu tratamentul electroconvulsivant, iar în formele hebefrenice asociația neurolepticilor se poate face prin cura Sakel, la fel ca și în formele paranoide.

Terapia biologică se însuși asociată după indicațiile individualizate ale fiecărui caz clinic, este la rândul ei asociată modalităților specifice ale psihoterapiilor, pe durata curei și continuată în postcură clinică

constituind în ansamblu programul de tratament complex și durabil al bolnavului schizofren.

În acest cadru de măsuri recuperatorii dețin o evidență importantă ergoterapia și toate procedurile psihoterapeutice de însorție în relațiile de viață și de activitate.

PSIHOZELE DELIRANTE SISTEMATIZATE CRONICE

Definiție. Categoria nosologică a psihozelor delirante cronice este constituită din sindroame psihopatologice caracterizate prin destructurări ideo-afective constituționale, care se manifestă la vîrsta adultă prin dezvoltarea progresivă și persistența unor tematici delirante, ireductibile la argumentarea logică, cu păstrarea în același timp a proceselor bazale ale cunoașterii și, într-o relativă măsură, a personalității (în ceea ce privește contactul cu ambianța). Deși unii autori le includ cu formele paranoide ale schizofreniei, ele sînt descrise în afara grupului schizofreniilor, deoarece, prin sistematizarea predominantă a delirului, evoluția lor este fără procese disociative și deficitare.

A.Ey și alți autori, considerînd delirurile sistematizate ca maladii ale personalității, își propun următoarea clasificare:

Maladii delirante cronice:

- A. Cu evoluție preponderent deficitară: Schizofrenia
- B. Fără o evoluție evident deficitară: Parafrania
Paranoia

La analiza psihopatologică a bolnavilor cu deliruri cronice pot fi puse în evidență trăsături ale comportamentului dizarmonic de tipul psihopatiei, cu supraaprecierea propriei persoane, care în contextul tensiunii emotive și de expansiune afectivă dau delirului putere pasională, de convingere și-i structurează conținutul de persecuție și revendicare.

1. hebefrenice, hebefreno-catatonice, paranoide și simple.

1. Schizofrenia hebefrenică ar reprezenta 15-20% din cazurile de boală. Se caracterizează prin apariția precoce, în etapele de vîrstă de 15-20 ani, cu un debut insidios dominat de simptomele disociației psihice, a cărei evoluție este gravă prin deficitul psihic ce-l instituie, fiind în același timp forma clinică cea mai puțin sensibilă la tratamentul cu neuroleptice. Comportamentul bolnavului evidențiază o stare de agitație și euforie particulară ce realizează puerilismul mental, cu manierism, apragmatism, reacții impulsive, ca și tulburări de vorbire (verbigeratii), idei delirante absurde, vagi și nesistematizate. Remisiunile sînt posibile, ca și evoluția în puase succesive cu acutizări periodice, în timpul remisiunilor fiind posibilă o parțială integrare în relațiile ambianței.

În fazele avansate și grave, se constată o severă rupere de realitate, negativism, incoerență ideatorie și verbală, stereotipii, apragmatism, cu posibilitatea limitată, în perioadele de remisiune, a unei activități doar în mediu protejat. Se apreciază la 15-20% cazurile cu evoluție gravă în formele de schizofrenie hebefrenică.

2. Forma hebefreno-catatonică este dominată de simptomatologia sindromului cataton. Bolnavul, la examenul clinic, prezintă deseori o stare de stupoare cu imobilitate și opoziție la tentativa de a-l face să acționeze, flexibilitate ceroasă, mutism și episoade tranzitorii de agitație-motorie.

Catatonie ca formă clinică a schizofreniei necesită un diagnostic diferențial cu catoniile simptomatice din bolile infecțioase, toxice, traumatice, vasculare, degenerative și tumorale.

Catoniile experimentale de origine toxică și cele simptomatice confirmă de altfel forma particulară de reacție psihomotorie a sistemului nervos la agresiuni variate, anatomice, funcționale sau chimice din acest sindrom.

3. Schizofrenia paranoică este mai frecventă decât celelalte forme clinice și se distinge prin câteva aspecte comune: debutul relativ mai tardiv, după vârsta de 30 ani, tabloul clinic dominat de halucinații și deliruri, personalitatea mai bine conservată decât în celelalte forme, ceea ce permite menținerea sa o perioadă mai lungă în relațiile ambianței. Tulburările de tip catatonice sînt excepționale în cursul evoluției bolii.

Delirul paranoid este autist, nesistematizat și incoerent ca temă, asociat sindromului de disociație psihică, ceea ce face ca la examenul clinic să apară o simptomatologie variată și expresivă.

Chimioterapia modernă a schimbat mult evoluția și intensitatea simptomelor, care deseori pot avea un caracter mascat, rezidual și cu evoluție periodică.

4. Schizofrenia simplă, denumită astfel pentru manifestarea disociației psihice cu autism, indiferentism și ambivalență afectivă, într-un comportament dezorganizat dar cu expresivitate atenuată în ceea ce privește intensitatea tulburărilor de gândire și a delirului. La examinarea bolnavului, se identifică un slab randament școlar sau profesional, o activitate fără inițiativă, săracă și stereotipică, tendința constantă la izolare, cu ștergerea interesului pentru familie și ambianță, autism și ambivalență afectivă. Diagnosticul diferențial poate fi dificil tocmai prin lipsa unei simptomatologii de evidență și intensitate, caracteristice schizofreniei.

Actualele forme evolutive ale schizofreniei sînt identificate și descrise clinic în raport de modificările instituite prin aplicarea tratamentelor moderne și de prognosticul lor.

Se apreciază astfel cam la 20-25% frecvența vindecărilor, iar aproximativ 20% din cazuri ar avea o evoluție gravă cu deficit psihic de aspect invalidant, în-deosebi din categoria formelor hebefrenice și hebefrenocatatonice. Între 55-60% din cazurile de schizofrenie au o evoluție în forma unor episoade recurente sau pusee evolutive, care alternează cu ameliorări mai mult sau mai

puțin importante.

Etiopatogenia schizofreniei constă și în prezent subiectul deschis unor ample cercetări asupra caracterului multifactorial al bolii.

Observații clinice și experimentale sugerează corelații etiopatogenice, prin existența sindromului catatonico-tumoral, traumatic sau experimental de origine toxică, ca și al psihozelor experimentale induse de substanțe halucinogene cum ar fi L.S.D., a cărui structură este apropiată de cea a serotoninei.

Explorările biochimice în schizofrenie au permis formularea unor ipoteze imunologice privind existența unei globuline-taraxina - în sângele bolnavilor, sau a unor ipoteze asupra perturbării mediatorilor chimici cerebrali: anomalii ale oxidării sau carboxilării substanțelor adrenergice, tulburări ale metabolismului serotoninei sau ale precursorilor, anomalii metabolice ale substanțelor indolice.

Cercetările genetice, studiul gemenilor și cercetările epidemiologice semnalează intervenția factorilor genetici, schizofrenia fiind o boală a tuturor populațiilor umane, al cărei risc de morbiditate este de 1% indiferent de cultură, riscul general după unii autori fiind de la 5% la 16% în fratria unui schizofren, de la 7% la 16% pentru copii proveniți dintr-un părinte schizofren și de la 40% la 70% pentru copiii proveniți din ambii părinți schizofreni.

Totodată cercetările asupra schizofreniei, semnalînd valoarea perturbărilor biogenetice, apreciază și rolul unor factori psihodinamici legați de familie, ambianță și psihotraume.

Diagnosticul schizofreniei, așa cum rezultă din evoluția și descrierea formelor clinice, se face în raport de etapa de dezvoltare a bolii și particularitățile tabloului psihopatologic al fiecărui caz. Ca atitudine a medicului examinator, s-a atras atenția asupra identificării simptomelor productive și a caracterului incomprehensibil pentru ambianță, a activității psihice și

a comportamentului la bolnavul schizofren. În majoritatea situațiilor, după stadiile de debut ale bolii, în formele de evoluție mai îndelungată sau trenantă, diagnosticul nu constituie o dificultate. Ceea ce nu trebuie să înghele pe examinator este prezența singulară sau izolată, a unor simptome cărora li se atribuie o semnificație caracteristică de boală. Este necesar să se aprecieze prin examenul și observația clinică, precum și prin studiul longitudinal al bolnavului, ansamblul tulburărilor disociative, de incoerență a gândirii și vorbirii, tulburările afectivității și comportamentul de contact afectiv, halucinațiile, delirul, apragmatismul, tulburările catatonice, comportamentul și ținuta bolnavului, în toate modalitățile sale de afirmare.

În perioada de stare, diagnosticul diferențial se face cu fazele psihozei maniaco-depresive. În schizofrenia, însă, lipsește capacitatea de contact, stările de dispoziție și afect nu sînt transmisibile, iar evoluția clinică evidențiază tulburările autiste și de discordanță a proceselor psihice.

Schizofrenia paranoidă se diferențiază de parafrenie și paranoia, prin conservarea în cazul acestor psihoze delirante, a personalității și a unei capacități de integrare în ambianță, cu debutul și evoluția lor mai tardivă, în care se dezvoltă un delir sistematizat, cu păstrarea coerenței și absența unor tulburări de percepție, gândire și activitate, caracteristice în schizofrenie.

Formele paranoide ale schizofreniei pot fi uneori mai greu de deosebit de halucinoza olică, dar anamneza, semnele de impregnare toxică, și de suferințe viscerale, aspectul clinic al halucinațiilor și delirului, fără dezvoltarea unor simptome ale discordanței psihice, stabilesc diagnosticul pozitiv.

În unele forme clinice ale psihozei epileptice, îndeosebi cînd crizele de paroxism neuronal sînt foarte rare, comportamentul bolnavului poate avea asemănarea tulburărilor disociative și chiar a celor productive din schizofrenie. Antecedentele bolnavului, explorările bioelectrice și evoluția sa clinică ajută la stabilirea corectă a diagnosticului.

Psihozele traumatice cît și unele forme clinice din PEG pot lua aspectul unor tulburări clinice din schizofrenie, dar examenul clinic și explorările complementare formulează diagnosticul ca și conduita terapeutică.

La fel, oligofreniile de gradul debilității mintale și imbecilității, prin anamneză și dezvoltarea psihică deficitară a bolnavului, nu constituie o dificultate pentru diagnosticul diferențial. Așa cum am văzut, principalele sindroame nevrotice și psihopatiile constituie elemente de diagnostic diferențial îndeosebi în perioada de debut a schizofreniei.

Tratamentul în schizofrenie are drept scop anularea fenomenelor psihopatologice, prevenirea reapariției lor, ca și compensarea defectului personalității.

- recuperarea și reintegrarea familială și socio-profesională a bolnavului.

Terapia modernă a schizofreniei, în forma intervenției biologice, utilizează modalitățile chimioterapiei, comelor insulinice și electroplexia (tratamentul electroconvulsivant).

Chimioterapia, ca rezultat al psihofarmacologiei moderne, a influențat evoluția schizofreniei și destinul bolnavilor, considerînd remisiunile bolii la 75-80% pentru cei internați la debutul bolii, cît și semnificativa ameliorare a evoluției trenante și cronice.

În cura neuroleptică se fixează doza zilnică, durata de aplicare, tipul sau asociația de neuroleptice, în stapa din spital cît și în cele de dispensarizare, ca și corelația afectelor adverse sau secundare.

Dintre fenotiazine cele mai folosite sînt clorpromazina, levomepromazina, trifluoperazina, alături de butirofenone, derivații tioxantănici și uneori alcalozii de rauwolfia.

Dozele zilnice se cresc progresiv pînă la obținerea rezultatelor terapeutice, în mod inițial putînd fi utilizată administrarea lor parenterală, apoi per os.

Clorpromazina este folosită într-o doză medie, pentru cazurile acute, de 300-600 mg. pe zi. Fiind considerată

neurolepticul de referință, dozele pentru celelalte neuroleptice se stabilesc în raport de aceasta, valoarea fiecăruia fiind apreciată cu cifra care indică de câte ori este mai mică doza necesară substituției clorpromazinei, astfel: levomepromazina 1-2, trifluoperazina 2-3, tioridazina 1, fluofenazina 20-60, tioproperazina 30-70 etc.

Tratamentul clinic intensiv, pentru obținerea unor rezultate eficiente, utilizează în prezent asocieri de neuroleptice în care inconvenientele ar urma să poată fi corectate de asocierea cu altele. Se folosește astfel asocierea unui neuroleptic inclusiv (catenă laterală alifatică cu nucleu piperazinic) cu un neuroleptic sedativ (catenă laterală alifatică ramificată), ca de exemplu: tioproperazina cu levomepromazina sau haloperidolul cu tioridazina. O altă asociere utilizată este cea dintre neuroleptice și unele antidepresive, neuroleptice și hipnotice, după cum apare necesitatea asocierii corective cu anti-parkinsoniene, protective hepatice și vitamine.

În prezent, tratamentul de întreținere se realizează prin neuroleptice injectabile la o distanță de timp, fiind asigurată acțiunea lor prin substanța depôt.

Tratamentul insulinic - cura Sakel - a fost restrâns prin modalitățile și eficiența neurolepticelor.

Terapia electroconvulsivantă păstrează însă indicații în formele rezistente la neuroleptice, în asociație cu acestea, mai ales în formele clinice ale catatoniei stuporoase, stările de inhibiție prelungită, depresile atipice. Aplicarea terapiei electroconvulsivante, ținând seama de contraindicații și forme de evoluție a bolii se face într-o formă protejată sub cură.

În formele catatonice, ca și în depresile atipice, cura de neuroleptice se asociază după caz, cu tratamentul electroconvulsivant, iar în formele hebefrenice asociația neurolepticelor se poate face prin cura Sakel, la fel ca și în formele paranoide.

Terapia biologică ea însăși asociată după indicațiile individualizate ale fiecărui caz clinic, este la rândul ei asociată modalităților specifice ale psihoterapiilor, pe durata curei și continuată în postcură clinică

constituind în ansamblu programul de tratament complex și durabil al bolnavului schizofren.

În acest cadru de măsuri recuperatorii dețin o evidență importantă ergoterapia și toate procedurile psihoterapeutice de însorție în relațiile de viață și de activitate.

PSIHOZELE DELIRANTE SISTEMATIZATE CRONICE

Definiție. Categoria nosologică a psihozelor delirante cronice este constituită din sindroame psihopatologice caracterizate prin destructurări ideo-afective constituționale, care se manifestă la vîrsta adultă prin dezvoltarea progresivă și persistența unor tematici delirante, ireductibile la argumentarea logică, cu păstrarea în același timp a proceselor bazale ale cunoașterii și, într-o relativă măsură, a personalității (în ceea ce privește contactul cu ambianța). Deși unii autori le includ cu formele paranoice ale schizofreniei, ele sînt descrise în afara grupului schizofreniilor, deoarece, prin sistematizarea predominantă a delirului, evoluția lor este fără procese disociative și deficitare.

A.Ey și alți autori, considerînd delirurile sistematizate ca maladii ale personalității, și propun următoarea clasificare:

Maladii delirante cronice:

A. Cu evoluție preponderent deficitară: Schizofrenia

B. Fără o evoluție evident deficitară: Parafrenia
Paranoia

La analiza psihopatologică a bolnavilor cu deliruri cronice pot fi puse în evidență trăsături ale comportamentului dizarmonic de tipul psihopatiei, cu supraaprecierea propriei persoane, care în contextul tensiunii emotive și de expansiune afectivă dau delirului putere pasională, de convingere și-i structurează conținutul de persecuție și revendicare.

În același timp, delirul simplu sau halucinator, prin sistematizarea și dezvoltarea continuă a unor deducții, false asupra realității (deducții de care bolnavul este ferm convins), instituie disociabilitatea conflictuală a personalității. În evoluția unor forme clinice se ajunge la destructurări ale personalității prin derealizare, dislocarea sau simbolizarea gândirii, tulburări de limbaj, ținută și comportament.

I. **PARAFRENIILE** sînt sindroame caracterizate prin prezența unui delir cronic sistematizat, însoțit de obicei de halucinații, care întretin tematica delirantă. Lipsa unor evidente tulburări de cunoaștere, afectivitate și voință conferă personalității bolnavului o capacitate aparent satisfăcătoare de integrare familială și chiar socio-profesională.

Debutul bolii se manifestă la vîrsta de 30-35 ani, poate fi brusc sau progresiv, cu o preponderență mai mare la sexul feminin și la constituțiile piceice și ciclotime.

În perioada de stare a bolii, se constată la examenul clinic modificări care exprimă tematica delirantă. Astfel ținuta fizică, cea vestimentară și atitudinea bolnavului pot apărea transformate în raport de conținutul interpretativ delirant, cu tematica diversă, cum ar fi: de reformă, invenții, justiție și echitate, mistică sau altele. Deși contactul cu bolnavul se face cu ușurință, uneori, aceștia devin reticenți, suspicioși, fără a evidenția tulburări de orientare, atenție, memorie sau gândire formală.

Examenul clinic descoperă însă prezența halucinațiilor, mai ales a celor auditive și mai rar vizuale (vizuini și revelații în delirul mistic). Delirul este amplu și polimorf, întretinut de tulburările de percepție, cu lipsa unor elemente de logică în structura lui, dar cu o bogată producție imaginativă. Tematica sa este constituită din idei de persecuție, de influență, idei megalomane, deși variația este mai puțin sistematizată decât cea a delirurilor paranoice. Bolnavul trăiește de fapt o existență

ță în care se comportă adecvat față de realitatea concretă și imediată și în același timp, dezvoltă o existență dominată de producția sa psihopatologică halucinator delirantă, ceea ce a făcut să se acorde acestui comportament definirea de hipolaritate a delirului.

Evoluția parafreniei este de lungă durată și odată cu vârsta scade intensitatea delirului și a halucinațiilor, personalitatea fiind mult timp relativ păstrată pentru inserția sa în ambianță.

Formele clinice ale parafreniilor sînt:

- forma sistematică;
- forma expansivă ;
- forma confabulatorie ;
- forma fantastică;
- forma tardivă.

Parafrenia sistematică apare după 35-40 ani, în mod insidios, ca o schimbare de comportament a bolnavului, care devine treptat suspicios, iritabil, retras și închis în sine. Progresiv, uneori în evoluția de câțiva ani, se dezvoltă un delir de persecuție cu interpretări delirante trăite primar, din care apar apoi elaborări secundare. Apariția halucinațiilor, mai ales a celor auditive, se asociază și întăresc dezvoltarea delirantă de influență, configurînd fenomene de automatism ideo-verbal (halucinații obiectivate în spațiu și halucinații psihice sub forma de voci interioare și sonorizări ale gândirii): automatism senzorial și senzitiv (halucinații cenestezice, gustative, olfactive și vizuale), care domină patologic, parazită și specific teritoriale senzorialității, automatismul psihomotor (impresii kinestezice care dau convingerea unor mișcări impuse).

Toate fenomenele patologice descrise și pe care le identificăm la examinarea clinică a bolnavului, se desfășoară pe un fond de claritate a conștiinței. În afara conținutului delirant, procesele formale ale gândirii nu apar modificate. Stările afective sînt influențate de evoluția delirului, de aceea dezvoltă, în raport de tematică, reacții anxioase sau reacții expansive, euforice și megalomane.

Evoluția de lungă durată poate să realizeze etape în care, deși bolnavul menține fenomenele delirant halucinatorii, ele nu par să-i domina comportamentul și alte episoade în care aceste fenomene psihopatologice, prin exacerbarea lor, domină în mod paroxistic personalitatea și întreg comportamentul.

Parafrenia expansivă, apare în mod predominant la sexul feminin, avînd caracteristic delirul megaloman pe tema de filiație, erotism, misticism, o dispoziție euforică de exaltare și excitații psihomotorii.

Halucinațiile vizuale se desfășoară uneori sub forma unor viziuni onirice, cu o tendință de transpunere a delirului în realitate, ceea ce în ansamblul personalității și al comportamentului celui bolnav diminuează integrarea în ambianță, față de forma clinică sistematică.

Parafrenia confabulatorie este mai rară și se caracterizează printr-o dezvoltare delirantă fundamentală de false amintiri și stări confabulatorii. Apare o activitate imaginativă bogată și bizară, halucinațiile avînd o valoare secundară în structura delirului.

Parafrenia fantastică denumită și delirul de imaginație, se particularizează printr-o deosebit de bogată producție imaginativă cu teme de influență, mărire, sau teme fantastice, cosmogonice, în general slab sistematizate. Întrucît trăirile halucinatorii au un caracter neobișnuit, se însoțesc de o tensiune afectivă, care poate oscila de la stări anxioase la altele expansive și euforice. Gîndirea are un caracter paralogic, iar evenimentele prezentate într-o narațiune absurdă confirmă pierderea unei accepțiuni obișnuite pentru valorile de spațiu și timp. Producția imaginativă prin intensitatea și bogăția ei doborîcă cu importanță halucinațiile, iar interpretările și intuițiile delirante cu referire la trecut, se interpun celor prezente și realizează fabulații fantastice.

Din aspectele psihopatologice ale acestei forme clinice apar, în concluzie, caracteristice: conținutul fantastic al temelor delirante, bogăția lui imaginativă, interpretarea delirului fantastic în lumea realului și absen-

ta în evoluția bolii a unor stări deficitare ale proceselor de cunoaștere.

Parafrenia tardivă apare în senescență, la vîrstele de 70-80 ani, îndeosebi la sexul feminin, în absența unei simptomatologii de deficit psihoorganic. Dezvoltarea delirantă cuprinde îndeosebi teme de prejudiciu și erotice în care sînt implicate persoanele din ambianța apropiată bolnavilor. Debutul este progresiv și s-a constatat la cei în cauză particularități schizoide în antecedente, ca și existența unor deficite de vedere și auz. Procesele de atenție, memorie, judecată, ca și starea de conștiință în afara delirului, nu evidențiază modificări prin care să se poată stabili corelații patogenice. Aceste stări datorită debutului tardiv și în cursul evoluției cărora se instituie deficite organice, de cronogeneză, sînt considerate ca forme ale psihozelor senile.

II. PARANOIA cuprinde delirurile cronice sistematizate de interpretare. Are o dezvoltare insidioasă, cu evoluție continuă și motivație endogenă. Delirul sistematizat este halucinator, neinfluențat de argumentarea logică și coexistă cu claritatea conștiinței, a coerenței logice și a menținerii capacității de acțiune.

Delirurile paranoice se dezvoltă la personalități premorbidе, caracterizate prin supraaprecierea propriei persoane, minimalizarea valorii celorlalți, erori de logică prin falsificarea faptelor reale, sub autoritatea convingerilor proprii și rigiditatea în relațiile interpersonale. În același timp, restructurarea delirantă, chiar a unei personalități premorbidе presupune motivații endogene prin care se dezvoltă simptomele paranoice (intuiția, percepția, dispoziția delirantă) și transformă conștiința și personalitatea în procesul de constituire și evoluție a bolii.

Sugestibilitatea crescută a paranoicului la tot ceea ce întărește delirul, inflexiunea sa la ceea ce l-ar putea contrazice, caracterul sistematizat al interpretărilor sale plauzibile asupra realității, ca și forța pasională ce o poate exercita la convingerea altora, poate duce la contaminări prin inducție, de la inductor la

induși.

Formele clinice se diferențiază după particularitățile conținutului delirant, astfel încît se pot distinge: deliruri de revendicare, deliruri pasionale, deliruri de interpretare, deliruri senzitive de relație.

Delirurile de revendicare pot fi descrise la cîteva tipuri caracteristice și anume:

- delirul overulent (revendicare procesivă pe diverse teme, cu dezvoltarea unei procesualități de persecutat-persecutor);

- delirul de invenție;

- delirul de reformă.

Delirurile pasionale pot fi de gelozie și erotomanie.

Delirurile de interpretare în care o percepție reală exogenă sau endogenă (din propriul organism sau din vis) este încorporată într-o construcție logică falsă. În evoluția lor se poate ajunge la o sistematizare mai amplă sau dimpotrivă, menținerea închisă, nedifuzabilă a activității delirante.

Delirul senzitiv de relație sau paranoia senzitivă, se dezvoltă la personalități premorbidе cu dizarmonia dintre ambiții supradimensionate și timiditate scrupuloasă, la care o circumstanță psihotraumatizantă realizează introducerea în procesul bolii. Evoluția poate fi gravă, prin reacții depresiv anxioase și conduite autolitice, după cum poate slăbi în intensitate la altitudinea psihoprodutivă a ambianței.

Diagnosticul clinic în delirurile cronice sistematizate, așa cum am văzut din descriția simptomelor, poate fi dificil, datorită personalității și capacității de integrare păstrate mult timp în evoluția procesului psihopatologic. Diagnosticul clinic, elaborat prin studiul bolnavului, va elimina posibilitatea unor disimulări, va atesta prin criterii medicale conținutul și evoluția procesului psihopatologic, va preceda la diferențierea dintre formele delirurilor cronice sistematizate, cît și la diferențierea

față de delirurile din cadrul altor boli psihice.

Diagnosticul diferențial dintre paranoia și parafrenie se face prin semnalarea sistematizării și caracterului nehalucinator al paranoiei, în care contactul bolnavului cu ambianța este posibil într-o perioadă lungă de timp. În același timp, identificarea unei predominanțe de fenomene halucinatorii, a fabulației și a procesului imaginativ este caracteristică pentru diagnosticul parafreniei. Diagnosticul diferențial cu alte situații clinice va prevedea:

- schizofrenia paranoidă, în care se evidențiază, la examenul clinic al bolnavului, procesele disocia-tive și doar o tendință de sistematizare a delirului, la o personalitate alterată în capacitatea sa integrativă.

- psihozele paranoide de involuție, în care amplitudinea delirului este modestă, instabilă, apar tulburări psihoinvoluntive cu depresii hipocondriace.

- delirul cronic din alcoolism se asociază tulburărilor psihice și viscerale de natură toxică, cu o evidență clinică caracteristică, iar delirul de cele mai deseori este de gelozie.

- reacțiile delirante după traumatismul cranian, alături de unele particularități psihopatologice, se corelează cu datele anamnezei.

- forma halucinațiilor paranoide din P.G.P., pe lângă evidențierea deficitului funcțiilor de cunoaștere și a caracterului absurd din conținutul delirant, dispune de o expresivă simptomatologie neurologică și biologică.

- psihozele epileptice, în care se dezvoltă forme relativ sistematizate de delir, însă cu existența altor tulburări caracteristice de personalitate și a crizelor epileptice.

- psihoza maniaco-depresivă, în amândouă sindroa-

mele sale poate evidenția interpretări delirante, dar analiza în ansamblu a simptomatologiei, evoluției bolii cît și a antecedentelor oferă elemente de stabilire corectă a diagnosticului.

Diagnosticul clinic în psihozele delirante cronice decurge deci din aplicarea unei criteriologii medicale privind analiza proceselor psihice, a personalității și a comportamentului de relație.

Prognosticul și evoluția medicală sînt influențate de tratament și de atitudinea față de bolnav. Astfel în - tensitatea delirului poate diminua, se poate opri în dezvoltare și, dacă nu dispăre, poate sărăci în conținut.

Etiopatogenia delirurilor sistematizate este multifactorială, putîndu-se identifica factorii de personalitate premorbidă, factori biologici genetici și exogeni și factori situațional-biologici cu acțiune defavorabilă sau psihotraumatizantă.

Tratamentul este complex și, oricît de multe opinii rezervate ar exista asupra eficienței sale, este în orice caz mai util pentru bolnav și destinul său decît neintervenția medicală.

Tratamentul prin cura de neuroleptice și atitudini de anulare a unor consecințe conflictuale, care decurg din procesualitatea bolii, ca și înțelegerea protectivă a bolnavului, pot permite ameliorări, prin care să se mențină activitatea, relațiile de familie și cele interpersonale.

ALCOOLISMUL

I. Alcoolismul face parte din grupa mare a toxicomaniilor și este considerat a patra problemă de sănătate publică, după bolile cardiovasculare, mintale și cancer, afectând în mod secundar relațiile sociale și interpersonale ale individului.

Condiționarea patologică - alcoolemia - constituie de fapt expresia unei personalități anormale preexistente, de cele mai multe ori psihopatice, dar și a unor deformări psihologice traduse printr-o dezvoltare nevrotică sau distimică a personalității. În funcție de caracteristicile motivaționale, deosebim după Ghafeta două categorii de alcoolici:

a) Alcoolici reactivi la care ingestia de alcool este determinată de o situație stresantă (în vederea obținerii unui confort ceneșezic și eutimic față de mediul ambiental ostil).

b) Alcoolici adictivi, adevărații toxicomani, care recurg la alcool intempestiv, fără justificare exogenă, ca o consecință a personalității lor premorbide, dizarmice.

Frecvența este crescută, după unii autori cuprinde o treime din bolnavii spitalelor de psihiatrie, cu tendință de răspândire în rândurile tinereții și ale femeilor, determină consecințe grave medicale, morale, economice și sociale.

II. Fiziologia și farmacologia alcoolului

În condiții normale, organismul uman produce en-

dogen o cantitate infimă de alcool, a cărui concentrație sanguină oscilează între 0,01 - 0,15 g‰. Alcoolul ingerat se absoarbe la nivelul stomacului în proporție de 20 %, în funcție de concentrația băuturii, conținutul alimentar și evacuarea gastrică, absorbție care variază între 2 - 6 ore. Datorită miscibilității sale, după trecerea barierii digestive se răspândește uniform în toate unorile organismului, manifestând totuși o afinitate mai crescută pentru lipoide, țesutul hepatic și cerebral.

Alcoolemia (cantitatea de alcool apreciată în mililitri sau grame la litru de sânge) nu constituie un raport direct proporțional, stabil, între cantitatea de alcool ingerată și concentrația sa sanguină într-un anumit moment, deoarece există mari oscilații individuale. De asemenea, nici apariția tulburărilor psihice nu are un caracter direct de proporționalitate, existând diferite grade de toleranță determinate de starea funcțională a organismului (metabolică), cerebrală, tensiune psihică și factorii ambientali din momentul respectiv.

Viteza de absorbție este în funcție de: natura băuturii (ex. berea conținând substanțe alimentare se absoarbe mai greu), concentrația băuturii (concentrație ridicată determină secreția de mucus și închiderea valvulelor pilorice care încetinesc absorbția), bioxidul de carbon din unele băuturi (șampania), ca și ingestia anterioară de apă care mărește absorbția. De asemenea, starea mucoasei gastrice, conținutul și tipul alimentelor din stomac, particularitățile constituționale, influențează absorbția.

Dozarea alcoolului se poate face în aerul expirat (alcooltestul Draiger) cât și în sânge, stabilindu-se alcoolemia. S-a încercat să se stabilească unele corelații între nivelul alcoolemiei și manifestările clinice, corelații care deși nu sînt direct proporționale trebuie semnalate.

- Sub 0,5 g‰ se consideră stadiul infraclinic. Psihometria arată o mărire a timpului de reacție și o scădere a răspunsurilor reșent învățate.

- Intre 0,5-1g‰ se constată o scădere a performanțelor, o creștere a pragului reflexelor senzitiv-motorii, perturbarea coordonării, discrete tulburări de vorbire, scăderea inhibiției și reticenței, iar testele psihometrice pun în evidență alterarea judecării.

- Intre 1-1,5 g‰ se realizează starea de beție pentru 80% din subiecți. La 2 g‰ se constată o profundă tulburare motorie și a proceselor psihice, la 3 g‰ percepția senzorială este profund alterată, realizându-se starea stupuroasă, la 4 g‰ se ajunge la abolirea funcțiilor senzoriale, subiectul intrând în comă. La 5 g‰ poate surveni moartea prin perturbarea centrilor cardio-respiratori.

Toate aceste date au un caracter de aproximație în raport de toleranța individuală, gradul de oxidare, care prin metabolizare formează acetaldehida și apoi acidul acetic, viteza de eliminare prin pulmon, rinichi, care pot excreta 1/5 din alcoolul ingerat. După 12 ore, prin aceste diverse mecanisme în organism nu mai rămâne decât 30% din cantitatea de alcool, iar după 24 ore este eliminat în totalitate.

Metabolizarea alcoolică - biotransformarea sa se realizează prin dehidrogenare succesivă în acetaldehidă și acetat, care în final ajung la CO_2 și apă. Răspunsurile toxice asupra metabolismului celular sunt privite sub două aspecte: enzimele care transformă toxicul și enzimele care sunt modificate sub influența sa, sau a produșilor rezultați din biotransformare. În general, se cunosc trei sisteme enzimatice capabile să oxideze etanolul și anume:

- alcooldehidrogenaza (ADH) din citocelul hepatocitului;
- catalaza, localizată în majoritatea în mitocondrii;
- sistemul de oxidare al etanolului din microzoni.

Sensul și viteza reacției depind de tipul de ADH (normală sau atipică) ca și de dispariția acetaldehidei și NADH-ului. Toxicitatea aldehidei se demonstrează prin

tulburări vaso-motorii și gastrice, consecutiv tratamentului cu inhibitori și metabolizării acetaldehidei (disulfiran) smițându-se astfel ipoteza destul de controversată a implicării ei cu amine biogene capabile să inducă toxicomania alcoolică.

La baza toxicității biochimice produsă de consumul excesiv de alcool se află creșterea valorii raportului NADH/NAD^+ , care se manifestă prin perturbarea ciclului Krebs și a principalelor metabolisme: glucidic, lipidic, proteic, de unde și leziunile somatice frecvente la alcoolici (ciroze, gastrite, afecțiuni cardio-vasculare, polinevrite).

III. Etiologia alcoolomaniei

Deși nu s-a ajuns la un consens de păreri de ce oamenii recurg la ingestia excesivă și repetată de alcool, cu tot declinul lor conștient fizic, moral și social, s-au emis anumite ipoteze care invocă ambianța imediată a alcoolicului, structura personalității, sau anumite proprietăți farmacologice ale toxicului. Astfel au fost incriminați:

- Factori fiziopatologici: caranțele alimentare în special de Vit. B_1 ; teoria genetotropică care aduce în discuție un anumit deficit enzimatic de natură genetică, care ar perturba metabolismul hidrocarbonat; hipofuncția cortico-suprarenală - deficit metabolic transmis genetic (Smith 1950) al produselor cortizonice sau al ACTH-ului.

- Factori psihosociali: teoria condiționării și învățării nu se justifică decât într-un număr redus de cazuri, dar structura personalității polarizează astăzi atenția cercetărilor, fie că este vorba de o anumită fragilitate morală și caracterială, dezechilibre psihofizice, inadaptabilitate socială sau cum sintetizează unii autori, fragilitate a construcției psihice a unei labilități și imaturități afectivo-voluționale. Aceasta ar explica nu numai dependența psihologică dar și dependența mai profundă, fizică precum și insuccesele destul de frecvente ale tratamentului.

Rolul factorilor sociali trebuie interpretat ca element favorizant, la fel ca și obșnuințele sociale și accesibilitatea procurării alcoolului.

IV. Forme clinice de alcoolism

În mare, alcoolismul implică diferențierea a două mari categorii de aspecte clinice:

1. Betia alcoolică „obșnuită” (abrietas vulgaris);

2. Alcoolemania, denumire generică în care se pot reuși totalitatea aspectelor clinice psihotice determinate de consumul excesiv și cronic de băuturi alcoolice, la personalități dizarmonice, care pot duce la alterarea discernământului asupra propriei persoane și a relațiilor sociale. Aceste situații realizează aspectul clinic al psihozelor acute sau cronice cu degradarea progresivă a personalității.

1. Betia alcoolică „obșnuită” (abrietas vulgaris)

Dinamica aspectelor clinice decurge din stadiile de excitație, depresie și inhibiție supraliminară, care se succed în cursul narcotizării structurilor cerebrale. Există o diversitate individuală a acestor stadii în raport de toleranță, tipul de sistem nervos și starea inițială a organismului în momentul ingerării toxicului.

Stadiul I caracterizează prin excitație psihomotorie de tip hipomaniacal corespunzând unei alcoolemii de 0,5 ‰ - 1,5 ‰.

Tabloul clinic exprimă o stare de bună dispoziție, comportament mai liber, mărinimos dar și caustic, predispus la anumite glume, confidențe, dar și la explozii de iritabilitate. Mimica mobilă, ochii strălucitori, vasodilatații periferice, respirația, pulsul, diureza, secreția urinară mai crescute. Reflexele condiționate de înaltă diferențiere scad repede și progresiv. În funcție de personalitatea premorbidă, pot apărea și alte tablouri clinice ca: excitație tristă, megalomaniă, suspiciune etc.

Stadiul II de intoxicație alcoolică acută (hipnoid, ebrios sau medico-judiciar), corespunde unei alcoolemii cuprinsă între 1,5-3 ‰ cu grave tulburări ale activității nervoase superioare. Ideea și limbajul devin incoherente, apar reducerea progresivă a capacității de percepție și creșterea fazei latente între stimul și reacția psihomotorie. Discernământul devine tot mai precar, aspectul hipnoid confuzional, expunând subiectul la diverse incidente.

Stadiul III (paralitic) se caracterizează prin narcotizarea scoarței cerebrale corespunzând unei alcoolemii de 3-4 ‰. Reflexele condiționate sînt abolite, limbajul neinteligibil, coordonarea motorie profund perturbată, afecțiunile nu mai sînt controlate, după care urmează un semn profund de câteva ore.

Stadiul IV (comatos) se caracterizează prin abolirea reflexelor spinale, pupilele imobile, midriază, hipotensiune, respirație stertoroasă, cianoză, hipotermii, transpirație vîscoasă. Acest stadiu corespunde unei alcoolemii de 4-5 ‰. În general, moartea survine la o alcoolemie de 5 ‰, prin oprirea respirației.

Intoxicație alcoolică supraacută

Se produce prin consumarea rapidă a unei cantități mari de alcool, accidental sau în scopul unei sinucideri, apărînd starea de comă, celelalte faze trecînd aproape neobservate.

Diagnostic diferențial. În primul stadiu se face hipomania, meningoencefalita cronică difuză sifilitică, schizofrenia.

În stadiul paralitic, diagnosticul diferențial se impune cu hemoragiile și îctusul cerebral, torpoarea tumorală.

Alcoolismul cronic (Magnus Huss). Consumarea îndelungată și frecventă a unor cantități variabile de băuturi alcoolice poate determina dependența narcomanică.

Simptome clinice. Fasciesul acestor bolnavi este supt, palid, în cazul consumării băuturilor distilate sau puhav și cu telangiectazie la consumatorii de băuturi fermentate. Musculatura este atonă, atitudinea girbovită, marșul lipsit de vioiciune, prezintă tremurături fine, generalizate, vocea răgușită cu nuanțe dizartrice. Buzele sînt cianotice sau ușor carminate, cu halenă acetilenică. Bolnavul prezintă imapetentă, greață matinală, diverse leziuni hepatice, gastrice sau pancreatice.

Examenul neurologic evidențiază elemente polinevritice, reflexul fotomotor, reflexele asto-tendinoase exagerate, diminuate sau abolite în formele grave. Acuzele parastezice și crampale musculare sînt frecvente. Creaște cronaxia neuro-musculară, se diminuează acuitatea discriminativă a organelor de simț, semnul e tulburat de coșmaruri.

Electroencefalografia și pneumoencefalografia pot evidenția, de cele mai multe ori, atrofiile cerebrale manifeste, iar în LCR pot apare modificări difuze de suferință cerebrală: albuminorahia moderată (e, 35-0,50 %), reacția globulinelor slab pozitivă, reacțiile celeidale nespecifice.

Consumul organic de băuturi alcoolice instituie progresiv scăderea funcțiilor superioare de analiză a capacității de stăpînire asupra perrivilor instinctiv-emoționale și creează premisele disociabilității prin demodulări comportamentale acute sau dezvoltării aberante.

A. Alcoolomania:

A. Beția patologică, afecțiune rară, este o formă clinică de psiheză alcoolică acută, caracterizată printr-o tulburare de conștiință de tip erupseular, ce survine după ingerarea unei cantități mici de alcool, la anumiți subiecți cu fond encefalopat sau cu o sensibilitate deosebită. De o deosebită importanță medico-legală, această stare psihopatologică conferă anularea discernământului pentru actele comise în aceste condiții. Diagnosticul se stabilește, în situațiile de complicații judiciare, de o comisie medico-legală psihiatrică, în condiții de spitalizare, după investigație clinică și de laborator. Caracte-

risticile acestei afecțiuni intrinsece anumite condiții de apariție, o tulburare de conștiință de tip erupseular cu amnezie și modificări neuremetabolice și viscerale apreciate prin cercetarea investigațiilor paraclinice.

Simptomatologia. De obi cși nu este vorba de un subiect care abuzează de alcool, dar care, în mod accidental consumă o mică cantitate de băutară. Subiectul apare, în mod caracteristic pentru cei din jur, cu un comportament normal, nu prea beat, dar se instalează o tulburare masivă de conștiință, de tip erupseular în care se comportă ca un automat periculos, cu o stare afectivă negativă, agitație, dezorientare cu iluzii și halucinații, mai ales vizuale. În aceste condiții intră în conflict cu cei din jur, devine violent și leveste. Această afecțiune este favorabilă de stări de tensiune psihică, de minie, de condiții climatice, de frig sau căldură excesivă. Sînt predispuși la beții pe fond patologiei bolnavii cu epilepsie, traumatizări cerebrale, schizofrenii și alcoolicii cronici.

Starea durează de la cîteva minute la cîteva ore, perieadă în care pacientul poate comite acte antie sociale (leviri, omocideri). Uneori urmează după episedul erupseular un somn profund, iar la trezire subiectul are amnezia totală a episedului consumat, element de deosebită importanță în precizarea diagnosticului. În unele situații, se pot păstra vag fragmente ale trăirilor delirant-halucinatorii, dar rămîne nimit de faptele sale pe care nu le recunoaște și le negreșă.

În asemenea situații (beția patologică), este vorba de reacția unui creier normal la o cantitate mică de alcool, spre deosebire de beția simplă în care este vorba de reacția unui creier normal la cantități crescînde de alcool. Unii autori asimilează beția patologică cu o echivalentă epileptică, dar de fapt este vorba de un automatism mental, pe fond organic, declanșat de ingestia de alcool.

Forme clinice:

- Beția excito-motorie (raptusul alcoolic, mania alcoolică);
- Beția de tip dinencefalic (pseudonabie);

Beția halucinatorie (halucinații plurisenzoriale) față de care subiectul intră în reacții de apărare, uneori cu tendință la sinucidere).

- Beția crepusculară (confuziv-aniroidă);
- Beția convulsivă (amplitudine psihometrie automată, senzații convulsive, semn comotiv);

Diagnostic diferențial. Sînt puține situații în care un subiect poate să înfrunceze condițiile expuse (consum de alcool), starea crepusculară a conștiinței, automatism, amnezie). De cele mai multe ori este vorba de pseudobeții patologice. Se impune diagnosticul diferențial cu:

- fazele amneziei ale beției simple, care pot determina stări confuzive și amnezii secundare.
 - automatismul embulic al epilepsiei psihomotorii
 - în cadrul reacțiilor acute de șoc, fuga patologică și afectul patologic, reacțiile celenice, pericade în care se pot produce lezări de persoane, incendieri, sinucideri.
- Toate acestea sînt reacții de scurtă durată, cu tendința la incisivitate a conștiinței, de tip crepuscular și amnezii lacunare.

B. Delirul alcoolic acut (delirium tremens Sutton). Este o manifestare somato-psihică de mare gravitate.

Condiții de apariție: alcoolism cronic, alcool la stadiul crenic și la stadiul care nu prezintă un caracter crenic al ingestiei. După ce a crescut este consecința scăderii bruste a alcoolismului, alcoolismul poate surveni și în cursul unei infecții acute, intervenții chirurgicale, în general în condiții de scădere a rezistenței psihofiziologice.

Tabloul clinic. Faza predecesoră se caracterizează prin: insomnie, anorexie, iritabilitate, anxietate, vise terifiante, halucinații.

Perioada de stare se manifestă prin: tremor generalizat, halucinații în special vizuale, neopahice, anirism, descrierea tempore-spațială, confuzie delirantă sau delirant-aniroidă, care îl angajează pe bolnav, stare întreruptă uneori de

stade de luciditate. Vorbirea este incoerentă, disartrică, starea generală somatică profund alterată. Temperatura este ridicată (40°) în afara vreunei infecții, congestia tegumentară și conjunctivală, fașia vultus, reacțiile pupilare lente, mișcări, mișcări accelerate neregulate și slab, R.O.T. exagerate, hiperhidroză. În faze mai avansate, tensiunea arterială este scăzută, limba devine uscată, prăjită, buzele fulginginease, transpirație viscoasă. Simptomele paraclinice pun în evidență un dezechilibru hidro-electrolitic manifestat în prima fază prin hiperkaliemie, hiperbilirubinemie, cu creșterea potasiului intracelular, hiperprembinemie și hiperangulobulinemie - semn al suferinței hepatice. În faza a doua, se pune în evidență o deshidratare celulară cu creșterea catabolismului azetat, PH-ul și rezerva alcalină scăzute, iar cloremia și natremia sînt în limite normale. Hiperproteinemia indică un prognostic grav și favorizează apariția delirului acut anetomic.

Evoluție și prognostic. După 6-7 zile cu tratament și îngrijire corectă, starea generală se poate ameliora. Tratamentul actual a redus cu aproximație mortalitatea, de la 20 % la 2 %.

C. Delirul alcoolic subacut. Este o variantă mai ușoară a formei descrise, cu debut mai lent și prognostic mai favorabil. Examenul obiectiv pune în evidență hiperalgii la presiunea maselor musculare, tulburări de vedere (ambliopie și hipermetropie), pierdere hidrică, oligurie, albuminurie și glicozurie. Evoluția. După aplicarea tratamentului adecvat, se constată în câteva zile dispariția tremorului, risipirea confuziei, halucinațiilor, revenirea somnului etc.

D. Alcoolismul cronic poate determina apariția unor episoade delirante fără modificări biologice și somatice importante. În această grupă ar intra: „sechela” postdelirantă (sechela fixă postdelirantă) cu o evoluție de câteva zile, apărută după un episod acut, în care bolnavul rămîne cu convingerea că asupra realității impresiilor delirante pe care le-a trăit. Acest fapt este semnificativ deoarece el poate sta la baza dezvoltării delirante ulterioare.

- Halucinoza acută Wernicke. Se manifestă ca o stare delirantă subacută cu halucinații, în special auditive, de caracter injurios și contradictoriu care evaluează pe un fond de claritate a conștiinței, fapt ce determină, după trecerea episodului psihotic, reamintirea de către bolnav a trăirilor la halucinații, a ideilor delirante și a stării timice. În lățea este de cele mai multe ori bună și sub tratament se la vindecarea în câteva zile sau săptămâni.

E. Delirurile alcoelice cronice. Cronizarea manifestărilor delirante ale alcoolismului poate îmbrăca diverse tablouri clinice:

- Delirul de interpretare alcoelic cu conținut de gelozie, intră în sfera și de dificultăți sexuale, se dezvoltă în faze cu faze de enriism și halucinații îndreptate exclusiv asupra soției (soțului). Aceste trăiri au un caracter absurd, uneori cu reacții agresive, ajungând până la fapte greșite de gelozie.

- Delirul halucinator cronic, sau paraneia halucinatorie a băuturilor, apare ca un delir trăit în sfera acustică verbală sau în sfera vizuală, halucinațiile fiind dialogate clementate. Ideile de gelozie predomină în tematica delirantă, dar subiectul, spre deosebire de forma anterioară, păstrează anumit dezinteres și indiferență.

V. Encefalopatiile alcoelice.

Tulburările psihice ce apar pe acest fond sînt de special caracteriale (hipeavitamineza B₁, în special).

1. Psihosa polinevrită Korsakov se caracterizează prin triada simptomatică, amnezia, dereorientare mnestică și confabulații, asociată cu o polinevrită degenerativă, predominant la membrele inferioare. Amnezia este în special de fixare și reamintire, cu imposibilitatea evocării amintirilor fixate anterior. Aceste amnezii de fixare (anterogradă) nu sînt compensabile de bolnav, fapt care determină o conduită degajată uneori euforică. Confabulația este consecința amneziei de fixare și a prestei integrării a evenimentelor, în care se înlocuiesc elemente enriice cu amintiri vechi, fapt ce determină apariția fabulației, de amplitudine variabilă, instabilă, însoțită

de false recunoașteri, putînd fi spontane sau sugerate. În faze avansate, confabulația determină imposibilitatea separării realității de imaginar, apare pseudoreminescența și dereorientare ale autopsihică. Polinevrită predomină la nivelul membrilor inferioare. Inițial apare o exagerare a reflexelor osteo-tendinoase, dureri la compresiunea maselor musculare. În faze avansate, se constată hipeestezii, paralizii (paraplegie globală simetrică areoasă), ataxie, scăderea sau abolirea RCT, tulburări trelice. În cazuri favorabile, remisiunea se poate produce în 3-6 luni, rînd rămîne sechele neurologice și anestezice sau, în cazuri de evoluție nefavorabilă, afecțiunea poate evolua spre demență globală iravervibilă.

2. Encefalopatia Gayot Wernicke. Această afecțiune hipeavitaminezică denumită și „beri-beri cerebral”, apare pe un fond de impregnare etilică cronică, favorizată de unele afecțiuni intercurrente, de intervenții chirurgicale, traumatisme etc. Debutul este de obicei brusc, cu anorexie, grețuri, scădere ponderală, cefalee, polinevrite, iritabilitate, anxietate, tulburări hipnetice. Pe mînd de stare este dominată de trei grupe mari de simptome:

- tulburări psihice - hipe mnezie, scăderea fluxului mental, hipeprosexie, hipotimie, apatie, iar în forme grave semne de demență, stări confuzionale și comă.

- tulburări neurologice - fotofobie, mioză, uneori anizocorie, modificarea reflexelor pupilare la distanță și lumină, ptoză bilaterala, paralizii oculare (prin atingerea dreptului extern). Se pot apare mioclonii spontane, dizartrie, semnul Babinski, dereorientare sensibilă la durere, hipertensiune cu reflexul de apăsare.

- tulburări neurovegetative, sînt de origine centrală și apar mai tardiv determinînd hipertermie, hiperhidroză, tahicardie și tahipnee. Evoluția este în funcție de precocitatea și corectitudinea tratamentului. Rezultate bune pot apare după 10-15 zile de tratament. Fără tratament, ele evoluează de obicei spre comă și exitus sau pot lăsa sechele neurologice și psihice (demență).

VI. Epilepsia „alcoolică”.

Cu toate că s-au stabilit corelații clinice între intoxicația cronică etilică și epilepsie, nu s-a ajuns la o atitudine comună privind patogenia acestei afecțiuni. Se consideră că alcoolul coboară pragul convulsivant și determină singur crizele epileptice, alți autori consideră alcoolul ca având doar un rol revelator al unei epilepsii preexistente.

VII. Alcoolismul periodic

Deși poate îmbrăca diferite aspecte clinice (alcoolemia expletiv, alcoolismul de week-end) cea mai bine cunoscută și descrisă formă este dipsomania (Salvatori). Această afecțiune se caracterizează printr-o impulsivitate imperioasă și instabilă de a consuma băuturi alcoolice, care apare în mod periodic, la câteva săptămâni sau luni și durează un timp relativ scurt (câteva zile). Accesurile survin de obicei în condițiile unor stări afectiv-negative, având uneori manifestări psihomotorii caracterizate prin apariția depresiei, irascibilității, inapetenței, insonniei etc. În criză, bolnavul este incapabil să se oprească de la băutura, ajungând la o beție profundă amnezică, care uneori poate fi acompaniată de stări de autotism ambulator, acte delictuale și chiar suicid. După câteva zile accesul este urmat de o stare profundă, din care bolnavul se trezește cu o senzație de dezgust față de alcool, cuprins de rușine și remușcare, cu stare generală rea, anorexie, greață, vomă. Între crize, pacientul rămâne total abstinent.

VIII. Demențele alcoolice. Demență alcoolică simplă. Apare după o perioadă îndelungată de impregnare etilică, se instalează insidios prin: hipopresxie, hipemnezie, scăderea capacității de judecată și raționament. Caracteristică demenței alcoolice este scăderea chiar din fazele precece a simțului moral-etic, cu dezinhibiție eretică, delicta medico-legale.

Pseudoparaliză generală alcoolică. Se deosebește de prima formă prin apariția ideilor delirante, în special de grandeură ca și în PGP, dar mai puțin absurde. Apare de obicei, după aceea repetată de delirium tremens și evoluția tremur, disartrie și tulburări de echilibru.

Sindromul Marchiafava-Bignami. Clinic, se caracterizează printr-o demență globală la care se adaugă semne neurologice: astazie, abazie, hipertonie, hiperreflexivitate estee-tendineasă Babinski bilateral și oftalmoplegie.

Soleirea corticală laminară (Morel). Clinic această demență se aseamănă cu pseudoparaliză generală alcoolică.

IX. Personalitatea alcoolicului. Fără a înțelege existența unui anumit profil caracteristic personalității alcoolicului, se poate admite existența unor trăsături caracterizate prin imaturitate afectiv-emoțională, mare permeabilitate afectivă, instabilitate, fapt care determină la alcoolică imposibilitatea menținerii unor relații stabile interpersonale. Sentimentul de insecuritate și vulnerabilitate determină apariția deznădejdii și depresiei, dar în căutarea echilibrului autimic recurg la alcool, pentru depășirea unor situații stressante (alcoolică reactivă). Alte personalități sunt marcate prin puternice stigmate disarmonice de obicei psihopatice, recurgând intențiv și impulsiv la alcool (alcoolică adictivi). Indiferent de motivație, personalitatea lor se degradează progresiv, prezentând tulburări ale întregii sfere psihice, dar mai ales de ordin afectiv-emoțional. Precizarea noțiunii de „alcoolic” necesară adoptării unor atitudini terapeutice a determinat pe unii autori, ținând seama de personalitatea individului și de manifestările clinice, să clasifice alcoolismul în mai multe grupe. După Jelinek acestea ar fi:

- alcoolismul alfa, legat de structura psihologică, în vederea ușurării unor stări de disconfort somatopsihic. La baza folosirii alcoolului stă o tulburare psihologică, o organizare nevrotică a personalității.

- alcoolismul beta. Urmează după o ingestie îndelungată de alcool și în care survin tulburări somatice (gastrice, polinevrite, cireze). Acești subiecți nu au dependență fizică sau psihologică și dezvoltă rar o simptomatologie de sevraj. Consumul se face în virtutea unor obiceiuri comunitare.

- alcoolismul gama. Este o formă gravă, care duce la dependență fizică cu adaptarea metabolismului celular, la al-

ceol și creșterea toleranței celulare. Acești bolnavi dezvoltă o simptomatologie de sevraj, pierd controlul asupra cantității ingerate, au manifestări comportamentale aberante, care duc la perturbarea relațiilor interpersonale, necesitând tratament în condiții de spitalizare.

- alcoelismul delta. Este asemănător cu forma precedentă, în plus, prezintă caracteristic faptul de imposibilități întrerupere a consumului de alcool, chiar pe timp limitat (1-2 zile).

- alcoelismul epsilon. În această grupă ar intra dipsomania și alte forme de alcoelism periodic.

I. Aspecte patogenice și anatopatologice. Consumul intens și îndelungat de alcool determină lezarea sistemului nervos central, printr-un mecanism patogenetic indirect și complex, prin lezarea barierei hematoencefalice. Se ajunge la o hipoxie cerebrală, care determină o carență de tiamină și de „antihiperoxidină” - factor activator hepatic - care în condiții normale favorizează procesul de oxidare al glucozei în creier și asigură utilizarea substratului nutritiv cerebral. Ficatul ar avea un rol, în acest caz de a regla pe cale umerală procesele de oxidare cerebrală. În alcoelism, carența de tiamină și antihiperoxidină este determinată de lezarea ficatului și a tractusului gastro-intestinal, determinând o hipoxie cerebrală, latentă, care perturbă mecanismele funcționale ale barierei hematoencefalice. S-au putut stabili unele corelații anatomo-clinice în alcoelism astfel: episoadele psihice acute tranzitorii oscilant cu tulburări de conștiință poate fi pus în legătură cu modificările de intensitate variabilă ale edemului cerebral. Delirul alcoelic acut „delirium tremens” se corelează cu o encefalopatie acută prin modificări hemodinamice și tulburări de permeabilitate la nivelul barierei hematoencefalice.

În encefalopatia Gayet Wernicke sau peliencefalita superioară subacută hemoragică, sînt incriminate mecanismele patogenice descrise mai sus. Tabelul anatopatologic constă în

proliferații de vase mici cu modificări parietale, proliferare glială, apariția de leziuni degenerative neuronale secundare. În stadii avansate, se observă pierderea neuronală în stratul 3 și 5 al scoarței cerebrale. Se mai pot observa hemeragii pericapilare și pigment hematic, fapt care arată că aceste hemeragii sînt ciclice. Cele mai frecvente leziuni se întîlnesc în corpul mamilari, tuberculii quadrigemeni, formațiuni talamice periventriculare, substanța cenușie periaeductală, nucleii oculomotorii și plangeul ventricolului IV. În sindromul Korsakov alcoelic, aspectul anatomo-patologic nu este unitar. Frecvent se constată leziuni în corpul mamilari, fapt ce ar explica deficitul de memorie și lezarea difuză moderată a circuitului cerebral care asigură fixarea mnezică.

- În encefalopatiile degenerative cronice din demența alcoolică simplă se constată leziuni cerebrale cronice difuze, proliferații nevralgice, leziuni degenerative neuronale în stratul 3-5, nucleii bazali și diencefalici. Macroscopic, creierul prezintă o atrofie corticală difuză, uneori predominant frontotemporală și cerebrală. Pe secțiune, sistemul ventricular este dilatat global, predominând la nivelul cearnelor frontale, sfenoidale, precum și la nivelul ventricolului III. Corpul calos apare atreziat.

- Pseudoparalizia generală alcoolică se aseamănă anatomo-patologic cu demența alcoolică simplă, complicată uneori cu leziuni tipice pentru encefalopatia Gayet-Wernicke, cu lezarea corpilor mamilari sau leziuni cicatriciale restrînse la nivelul corpului calos.

- Boala Marchiafava-Bignami, denumită anatopatologic și degenerescență centrală a corpului calos, ajunge în stadii avansate la necroza totală a corpului calos. Hemeragiile sînt rare, fapt care se deosebește de encefalopatia Gayet-Wernicke.

- Scleroza laminară corticală (Merel) se întîlnește la alcoelici cronici și se caracterizează prin dispariția masivă a neuronilor piramidali strict localizată la nivelul straturilor III, asociat cu o proliferare glială, care realizează o „bandă necrologică cu dispoziție laminară”. Uneori se pot întîlni și leziuni la nivelul corpului calos de tipul bolii Marchiafava-Bignami.

II. Tratament. În vederea efectuării unui tratament eficient în alcoelism trebuie să se țină seama de personalitatea alcoelicului privit ca un individ dependent, depresiv și autodestructiv. În al doilea rând, trebuie să se țină seama de durata, stadiul de intoxicație și forma clinică. În general, verbim în alcoelism de un tratament psihoterapeutic și de unul somatic, folosind medicație somatotropică și psihotropică. Medicamentele somatotrope influențează tulburările circulației hepatice, gastrice, echilibrează tulburarea hidroelectrolitică, condiționează repulsiv, iar medicația psihotropică se adresează atât accidentelor psihotice, cât și personalității bolnavilor.

Tratamentul stărilor comatoase. Deoarece nu există metode care să influențeze neutralizarea alcoelului, tratamentul va urmări grăbirea metabolizării, punând organismul în condiții care să favorizeze oxidarea lui. În caz de vărsături spontane se dezobstruează căile respiratorii, se aspiră secrețiile acumulate din laringe. Spălătura gastrică este indicată în scopul eliminării restului de alcool ingerat, însă cu mare atenție pentru a nu obstrua căile respiratorii. În caz de retenție urinară, se face cateterism. Nu se administrează emetizante, deoarece nu se produce reflexul de vărsături, iar apenexina poate adânci starea comatoasă. Comatoșul trebuie încălzit moderat, se administrează i.v. glucoză 33 %, 100-200 cm³, în perfuzie lentă, vitamina C 200-500 mg și vitamina B₁, B₆, PP câte 200 mg și B₁₂ 1000 gamma. Stricnina se poate administra din urmă în urmă, până la 20 mg. Insulina 20-40 U.I. se administrează pentru acțiunea ei în metabolizarea alcoelului. Analepticele centrale din seria amfetaminelor (efedrină, pentazol sau cefeină), câte 1-2 fiole. Oxigenoterapia este indicată pentru reducerea hipoxiei cerebrale.

Tratamentul stărilor acute. Rehidratarea per eral cu apă minerală, sucuri de fructe și parenteral, prin perfuzie cu soluții glucosate sau clemurate. Alcoeloterapia (cu efect diuretic) poate fi făcută per os sau parenteral cu soluții glucosate (alcoel stilic glucozat și hepatizat -auratil) câte 2 flacoane a 50 cm³/zi. Vitaminoterapia, insulina, după caz antibiotice și ACTH în doze de 25 u., i.n., odată sau de două ori pe zi. Tratamentul sedativ. În prezent opiaceele clasice

au mai sunt utilizate. Paraldehydă, barbituricele ca și scopelamina în unele situații dau efecte contrarii, de aceea nu se utilizează astăzi. Stricnina este larg folosită la noi, datorită acțiunii psihotice, dar și unui efect paradoxal sedativ în doze de 3-4 mg în 1-2 ore. Neurolepticele în tratamentul delirului tremens au redus mortalitatea. În prezent cele mai utilizate neuroleptice sunt: tioridazina (malleril) folosită ca sedativ și hipnetic, acționează și asupra anxietății și a tratamentului. Meprobamatul administrat parenteral sau eral 3-4 mg/zi realizează un mai clar contact cu realitatea. Napeten (librina), în doză de 400 mg/zi, duce la înălturarea agitației și encefalului, asociat cu clorpromizină. Diazepamul (valium), dă rezultate bune atât în intoxicațiile cronice cât și în stările acute confuzionale și subacute. Se utilizează în doze de 20 mg i.v. inițial și apoi câte 10 mg i.v. la fiecare 6 ore până la 20 mg/zi. Este folosit cu rezultate bune mai ales în delirul tremens. Unii autori au folosit și substanțe psihedisleptice (LSD25), distilamida acidului lisergic, care contribuie la restabilirea contactului cu sine și ambianță. Tratamentul tuturor fenomenelor în alcoelism în prezent este legat de acțiunea sedativă hipnogenă și anticonvulsivantă a fracțiunii tiazolice a tiامينei (clorprometaxelul sau hemineurine), în perfuzii i.v. sau per eral, substanță care induce rapid sedarea iar în doze mari semnul, însoțit de micrelaxare și efect antidepressiv. Doza utilizată este de 1 g, care poate fi repetată la 6 ore și două ore, împiedicând evoluția delirului tremens spre o encefalopatie Wernicke.

Medicația repulsivă urmărește elaborarea și întărirea unui reflex condiționat repulsiv la alcoel, deoarece tratamentul fazelor acute și dezintoxicarea nu determină și stingerea alcoelofiliei, pacientul fiind expus la recidive. Se aplică inițial în spital, după reechilibrarea proceselor metabolice și psihologice perturbate. Reflexul repulsiv la alcoel se atinge de obicei după 3-6 luni și trebuie întărit periodic chiar în condiții de ambulator. Paraltele persoane condiționate negativ la ingestie de alcoel, trebuie să fie ajutate și în rezolvarea dificultăților socio-familiale, echili-

brarea labilității sale psihice. Substanțele folosite sînt: Ipeca, acționează ca amertisant (1 g substanță la 25 g alcool, dată pe zi. Acțiunea vomitivă durează 15-30 min. Se utilizează rar astăzi. Apomorfina hidroclicică este folosită tot mai rar în Europa, de asemenea Hidratul de potasiu, cărbunele animal, carbonatul de calciu și disulfurazul. În acest grup de medicamente de „aversiune” poate fi înscris și metemidazolul (Migilul), care determină scăderea impulsului pentru alcool și o toleranță față de alcool. De menționat că terapia repulsivă se face decît la pacienții cu stare somatică bună, fără leziuni cardiace, pulmonare, hepatice, digestive, etc. În alegerea tratamentului trebuie să se țină seama de caracterul complex al afecțiunii, care presupune implicații somatice, psihice și relaționale destul de grave.

Psihoterapia integratoare, sub diferitele ei forme individuale sau de grup, trecînd prin terapie ocupațională și ergoterapie, se impune în vederea reeducării și reintegrării profesionale a pacientului.

Prevenirea alcoolismului. Consecința în primul rînd a accesibilității procurării alcoolului, impune o vastă acțiune educativ-culturală în vederea apărării sănătății mintale, relatată cu o culturalizare tot mai elevată a populației.

TULBURĂRI PSIHICE ÎN CURSUL EVOLUTIEI

INFECȚII SIFILITICE

Infecția sifilitică este produsă de *Treponema pallidum*, descoperită de Schaudin în sânge și alte țesuturi, iar în creierul bolnavilor de neuroleues de către Naguchi și confirmată de Marinescu și Mincă în același an (1913).

Infecția sifilitică cronică apare în general la adulți, iar afectarea sistemului nervos s-ar produce în proporție de 1-5 %.

La copil, se poate transmite congenital de la o mamă sifilitică, transplacentar după luna a V-a de viață intrauterină. În aceste forme de sifilis congenital, lezarea sistemului nervos este mai frecventă ajungînd pînă la 16-29 % din cazuri.

Etio-patogenia. Prevența relativ scăzută a sifilisului nervos s-a încercat a fi explicată prin diverse ipoteze: Levaditti și Lepine emit teoria viremică, a existenței a două tulpini - dermatropă și neurotropă - cu posibilități de mutație între ele, teoria depășită astăzi. În privința terenului acesta ar influența apariția neuroleuesului prin scăderea rezistenței generale a organismului, datorită alcoolismului, traumatismelor craniocerebrale, surmenaj fizic și intelectual sau hipersensibilitatea tisulară. *Treponema pallidum*, după cum se știe, pătrunde în organism prin intermediul șancrului de inoculare (perioada primară), iar ulterior determină o infecție a sîngelui de tip septicemic (perioada secundară), după care se fixează la nivelul diferitelor organe (faza terțiară).

Pătrunderea infecției la nivelul sistemului nervos se face pe cale hematogenă și perineurală-limfatică. Pe cale hematogenă se fixează întâi la nivelul vaselor cerebrale și meninge, unde infecția poate fi oprită să pătrundă mai departe în parenchinul cerebral de către rezistența opusă de bariera hematico-encefalică.

Spirechetele mai pot invada sistemul nervos prin migrație centripetă, de-a lungul tecilor perineurale a nervilor periferici și prin limfaticile perineurale ajungând în lichidul cefalo-rahidian.

La nivelul vaselor cerebrale și meninge infecția lueică determină leziuni inflamatorii cunoscute sub denumirea de sifilis cerebral-meninge-vascular (faza terțiară). După învingerea barierei hematico-encefalice (în aproximativ 10-20 ani) spirochetele pot ataca direct parenchinul nervos, determinând, pe lângă leziunile meninge-vasculare caracteristice, procese degenerative ale celulelor nervoase fază care poartă denumirea de sifilis cerebral parenchimatous și corespunde clinic paralizei generale progresive.

Anatomie patologică. În sifilisul cerebral meninge-vascular, infecția lezează meningele (leptomeningită lueică terțiară), peretele arterelor (arterită sifilitică) și provoacă procese proliferative inflamatorii, care se dezvoltă în țesutul conjunctiv adventțial al pereților arterelor meningiale sau intracerebrale, de aspectul unor neduli cenușiu-roșcați de mărimi variabile (genele sifilitice).

În faza de sifilis parenchimatous (P.G.P.), pe lângă leziunile meninge-vasculare se produc și leziuni degenerative neuronale, proliferări gliale, mai ales ale celulelor microgliei, care iau forme de bastonaș, crește numărul astrocitelor, cu supraproducție de fibrile gliale. Distrugerile neuronale sînt observate în nucleii bazali, în cerebral, dar mai ales în cortexul cerebral fronto-parietal, în straturile 3 și 5. Când leziunile degenerative și inflamatorii interesează masiv cortexul parietal bilateral, se evidențiază „paralizia Lissauer”.

Macroscopie. Creierul din P.G.P. are un volum redus, cu leptomeningită cronică și atrofia circumvoluțiunilor frontale, sistemul ventricular este mult mărit, mai ales la nivelul

recesurilor frontale. Se evidențiază astfel o meningoencefalită cronică specifică. În afară de afectarea sistemului nervos, se mai pot pune în evidență și leziuni la alte aparate (cartilaj sifilitic, osteită etc).

Clasificare. Tulburările psihice ce apar în cursul evoluției infecției luetice se pot manifesta în orice stadiu. În faza primară pot apărea reacții psihogene, datorită congestiei gravideității bolii; în faza secundară, în afara persistenței unei reacții psihogene, uneori apare meningita difuză precece, care se poate exterioriza printr-un sindrom nevretiform, episoade de toxinfecție psihice, melancolie, sindroame cenfuzional-enirice.

După aspectul clinic și anatomo-patologic, tulburările psihice se împart în:

I. Tulburări psihice ale sifilisului meninge-vascular

1. Tulburări legate de procese de meningită sifilitică

- pseudoneuresthenia sifilitică
- meningita sifilitică precece
- sindromul hipocemăriei reactiv
- meningoencefalita sifilitică
- sifilisul epileptiform

2. Tulburări psihice legate de modificările vasculare:

- sifilisul apoplectiform (al vaselor mari)
- sifilisul vaselor mici.

3. Cazuri cu leziuni difuze:

- pseudoparalizia sifilitică
- sindromul amnestico Korsakov
- forma halucinator-paraneidică sifilitică.

II. Sifilisul parenchimatous cuprinde: paralizia generală progresivă și tabesul.

În privința meningitei sifilitice procese unii autori o introduc în perioada secundară, iar alții printre infecțiile

sifilisului meninge-vascular. Deosebirea este numai de însoțire, fiind vorba din punct de vedere clinic de aceeași formă.

III. Sifilisul congenital

În perioada secundară întâlnim numai manifestări de meningită sifilitică, iar sifilisul meninge-vascular determină, în afară de formele descrise la adulți, și hidrocefalie sifilitică, oligofrenie sifilitică, tulburări de comportament. Sifilisul paraneuronal are aceleași entități clinice.

Pentru ușurința înțelegerii clasificării tulburărilor psihice, am cercerat clasificarea clinică și anatomo-patologică cu fazele evolutive ale infecției sifilitice. Astfel deosebim:

A. Tulburări psihice din perioada primară a sifilisului

Conștientizarea gravității infecției sifilitice poate constitui o psihotraumă, care determină apariția unei stări reactive de intensitate nevrotică, caracterizată prin: anxietate, neliniște, insomnie febrilă (sifilidfebrilă), sindroame hipocendriace reactive, tulburări care pot ajunge uneori de intensitate psihotică, de aspect depresiv. Aceste tulburări se pot menține și în faza secundară neexistând o limită rigidă în timp. Mai pot apărea stări confuzionale, sindroame maniacale și chiar delirul halucinatoriu.

B. Tulburări psihice din perioada secundară

De obicei sunt legate de o suferință organică-meningită sifilitică precoce și apar în primele 3-4 luni de la infecția primară. Este vorba, de fapt, de o reacție meningeo-declanșată de pusulele septice, îmbrăcând aspect intransitor. Mult mai târziu după 1-2 ani, se poate organiza un proces meningitic, care nu mai retrocedează, determinând manifestările descrise în stadiul de sifilis meninge-vascular.

Tulburările psihice din meningita sifilitică precoce pot fi considerate ca manifestări septice precoce sau tardive, însoțite în sifilisul meninge-vascular, dar indiferent de momentul apariției, ele au ca substrat același proces inflamator organic.

Clinic. manifestările pot fi discrete, sau pot lua aspectul unor psihoze toxice-infecțioase, cu stări confuziv-aniraciale, sindroame maniacale, depresive sau halucinoase de origine

sifilitică. În practică se întâlnesc mai frecvent sindroamele nevrotiforme cu aspect cencestapat sau hipocendriac. Obiectiv se constată: cefalee, vărsături, uneori febră, redearea cefei, paralizia de nervi cranieni (perechea a III-a, a VII-a și a VIII-a). Reacțiile serologice în sînge, Berdet-Wasserman, Meinike, Citechal sînt pozitive după a 45-a zi.

În lichidul cefalo-rahidian se evidențiază o discreție hiperalbuminurie, hiperleucocitoză, reacția bensee-celoidale pozitivă în primele 7-8 tuburi, în mod discontinuu (derivația curbei spre stînga în zona paratubulară). Reacțiile serologice și reacția T.I.T. (testul de imobilizare a treponemei Nelson) sînt de asemenea pozitive. La sugari, meningita sifilitică precoce poate apărea din luna a IV-a, - a V-a pînă la un an și se caracterizează prin bombarea fontanelor, redearea cefei, prezența semnelor Karnig, uneori convulsii. Tratată la timp și corect se poate vindeca.

Pseudoneureastenia sifilitică precede sindromul meningeal și se manifestă prin: cefalee, amețeli, iritabilitate, hipersensibilitate și astenie. Acest sindrom este de fapt expresia unei iritații meningeale.

3. Tulburările psihice legate de sifilisul meninge-vascular (faza terțiară)

Meningoencefalita sifilitică apare după 1-5 ani de la infecția primară. Este de fapt un proces sclerogen care cuprinde meningele și nervii cranieni. Simptomele se amestecă cu cele ale meningitei sifilitice precoce, dar tulburările de conștiință sînt mai grave (stări delirante, stări erpusculare, crize convulsive), la care se adaugă paralizia de nervi cranieni (perechea III, IV, VI, VII) și alte semne neurologice caracteristice neurosifilisului. Cele mai semnificative sînt tulburările oculare: pupilele inegale (anizocorie) cu centur ne-regulat, erenelat, uneori miez, mai rar dilatare pupilară, iar în unele cazuri se poate întâlni o rigiditate pupilară completă. Semnul Argyll-Rebertsen constă în dispariția reflexului fotomotor cu păstrarea acomodării la distanță, constituind cel mai caracteristic simptom al neurosifilisului.

Sifilisul epileptiform se poate manifesta sub formă de crize convulsive, absențe, sau crize fecale. Poate constitui unica manifestare a neuroluesului, rezistentă de obicei la tratament antilustic.

Sifilisul aplectiform. Se caracterizează prin hemoragii în teritoriul arterelor cerebrale mari, urmate de ranelamente, care în final pot duce la instalarea unui tablou clinic demențial de aspectul lacunar.

Sifilisul vaselor mici. Interesând vasele mici, tulburările au un caracter difuz, semnele de focar sînt rare, iar manifestări psihice se evidențiază o scădere globală a intelectului (demență), pe fondul căreia pot apărea producții psihice (idei delirante, de persecuție și gelozie, halucinații auditive, aspecte catatonice cu negativism și stereotipii).

Pseudoparalizia sifilitică se manifestă prin multiple semne neurologice de focar, stabile și necharacteristice pentru P.G.P. Examenul pune în evidență o demență de tip lustic.

Sindromul amestic Korsakov se caracterizează prin amnezie, confabulații, la care se adaugă diferite grade de deficit intelectual.

Forma halucinatorie și paraneică a luesului cerebral prezintă sub aspectul unor halucinații auditive de caracter neplăcut, idei delirante de persecuție și gelozie, tulburări de memorie, gîndirea devine lentă, sîrăcășie, cu sugestibilitate crescută.

Toate aspectele clinice descrise pînă în prezent pot apărea uneori combinate, dar de fapt constituiesc în diferite variante expresia psihică și neurologică a meningocelitalității lustice.

Amintim și forma genească, care uneori poate realiza, pe lîngă alte semne psihice și neurologice, un sindrom de hipertensiune intracraniană.

În concluzie, diagnosticul de lues cerebral se formulează în baza examenului lichidului cefalorahidian, a semnelor neurologice (semnul Argyll-Robertson) și a tulburărilor psihice descrise.

Sifilisul parenchimatous

Paralizia generală progresivă, definită ca o meningocelitalitate cronică difuză lustică, se caracterizează clinic prin tulburări psihice cu evoluție progresivă de tip global și tulburări neurologice de obicei motorii, de caracter paretic, unele din ele fiind caracteristice.

Debutul. Perioada de incubație este lungă, între 7-10 ani de la infecția primară, în mod excepțional între 2-20 ani. Se descriu mai multe forme de debut:

- Debut prin scăderea progresivă a funcțiilor intelectuale, cu hipopresexie, astenie, epuizare rapidă la efort, scăderea capacității de muncă. Tulburările de memorie sînt cele mai evidente, mai ales anterograde. Acest debut poate avea aspectul unui sindrom neuroasteniform, care evoluează cu mult înaintea apariției adevăratelor simptome psihice.

- Debut prin tulburări de comportament, denumit și debut psihepatoid, se caracterizează prin apariția unor impulsuri eretice, pacienții devin iritabili, își neglijează îndatoririle față de serviciu și familie, abuzează de alcool, sînt centrifugali. Acest comportament vine în contradicție cu statutul, rolul social și cu personalitatea anterioară bolii.

- Debut prin acte medico-legale. Fără alte semne clinice pacientul comite în mod brusc acte antisociale de caracter absurd, fără măsuri de precauție. Clasic sînt „furturile cu marțori”, ale căror obiecte nu dețin o valoare utilă și practică. Se mai censeamnă acte de exhibiționism, atent la pudor, viol, reacții agresive, constituind forma denumită „medico-legală” a P.G.P. Uneori debutul poate lua aspectul unor alterări psihice acute sau subacute.

- Debutul depresiv, cu apariția tristeții, sentimentului de inutilitate, depresie, inhibiție, psihometrie.

- Debut paraneic sau paraneic cu idei delirante de ură, băgăție, înveștăie, de caracter absurd și contradictoriu.

- Debut prin tulburări neurologice. Apar tremurături, dureri, mișcări de tromben ale limbii, ușoară dizartrie, ticul bucal descris de Chregea, ticul esofagian, de asemenea mai

pot apărea pareză, paralizii, icteruri și crize comițiale.

Perioade de stare. apare după câteva luni de la debut și se caracterizează prin trei grupe de simptome: psihice, neurologice și somatice generale, modificări humorale.

Tulburări psihice. Se constată o scădere globală a activității intelectuale, cu dificultăți de orientare temporară, spațială, sugestibilitate. Atenția spontană scade, iar cea voluntară se fixează greu și este instabilă. Percepțiile sunt lăuate, pot apărea false recunoașteri și iluzii de persoană. Memoria scade progresiv și înegal, în special pentru cunoștințele teoretice, amnezia este evidentă, mai ales pentru evenimentele pretercute recent (amnezia anterogradă), apoi ea cuprinde și memoria de evocare (amnezia retrogradă), ajungându-se în final la amnezia anteretrogradă. Tulburările de gândire se caracterizează prin scăderea simțului critic, delirul nu are conținut logic, iar judecățile și raționamentele abstracte sunt deficiente, iar judecățile și raționamentele abstracte sunt deficiente. Uneori gândirea este paralizată de idei delirante, de arii, begăție, invenție, însă nu sunt excluse și ideile delirante cu tematică de prejudiciu. Caracteristicile delirului din P.G.P. este aspectul său megalomane, absurd, incoherent, contradictoriu, labil, polimerf și altruist. Starea timică devine labilă, dând aspectul unei inconștiențe afective de tip pseudobulbar. Activitatea este dezordonată și fără randament, veșnic slabă, devin apreativi și colecționari de obiecte fără valoare. Treptat scade instinctul de conservare, cel alimentar se pervertește, de asemenea și cel sexual. Progresiv, se conturează clinic tabloul unei demențe de tip global.

Sindromul neurologic. Tulburări oculare: anizocoria, uneori fixitatea pupilei, centur neregulat și prezența semnelor Argyll-Robertson. Reflexele osteo-tendinoase vii, polichinetice, putând apărea clonusul retinei și picierului, iar prin asociere cu tabesul, reflexele pot fi abolite în special cel achilian. Tulburările de sensibilitate se obiectivează prin parestuzii, analgezii și anestezii. Uneori poate apărea și anemie. Tulburările de motilitate se evidențiază prin tremurături, spasme, ticul bucal sau de sugere al pastilei (Obregea), ticul esofagian, lipsă de coordonare a mișcărilor (dispraxia), în mimică, mișcări și scris. Musculatura feței este atonă, faciesul capătă un

aspect inexpressiv, realizând "masca paralytică". Tulburările de vorbire iau aspectul dizartriei care se pune în evidență cu paradigmele clasice, iar în alte cazuri se constată logoclenii. Mersul este nesigur și, când se asociază cu tabesul, devine ataxic. Pot apărea crize convulsive, icteruri apoplectiforme care duc uneori la status paralyticus și la moarte. Frecvent se întâlnesc tulburări trefice, alteori ale unghiilor, dinților, fragilitate osoasă.

Sindromul humeral. În sfârșit reacțiile Berdet-Wassermann, Meinicke Gitchel și T.I.T. sunt pozitive. În lichidul cefalorahidian cresc limfocitele, dându-i aspect opalescent, deși uneori lichidul poate fi limpede. Clerul este scăzut în sifilis și crescut în P.G.P. (normal 68-76 mg%). Fosforul crește până la 50 mg. (normal 1,3-2,8 mg%). Glicerohia crește (normal 0,4-0,7 g%). Proteincrahia este crescută, iar raportul albunine-globuline are valoare peste 1 în P.G.P. Reacțiile Nonne-Appelt și Pandy sunt pozitive în aproape toate formele de neurosifilis. Reacția benec-calcidică este pozitivă, cu o curbă de tip paralytic, prin precipitare în prizele tuburi. Elementele celulare ajung în P.G.P. până la 70-150 pe mmc (normal 1-3 elemente), în special limfocite. Situațiile cu albuminurie crescute și limfocite scăzute pledează pentru o evoluție lentă puțin reversibilă (disociație albumine-citologică). În tabes sunt în medie 15-60 elemente pe mmc, în meningitele luetice difuze ajung până la 250-2000 elemente pe mmc, în meningitele infiltrativ genease cerebrale, 10-60 elemente pe mmc, iar în cele bazale, 100-500 elemente pe mmc.

Perioada terminală în P.G.P. se instalează demența globală, deglutiția se face cu greutate, putând duce la asfizie sau edem pulmonar. Se pierde controlul sfincterelor, tulburărilor trefice se accentuează, apar escare, delirul se aggravează, iar psihic ajung la o stare profundă de marasm. Tratată, moartea survine în câteva luni sau în câțiva ani de la debutul bolii, prin infecții intercurrente, complicații pulmonare, renale, status paralyticus.

Forme clinice ale P.G.P.-ului

1. După evoluție. Se descrie o formă galepantă, cu exitus în aproximativ 6 luni de la debut.

Forme cu remisiuni spontane, care netratate durează între 2-10 ani.

Forme de evoluție subclinică de lungă durată.

2. După aspectul simptomatic se descriu numerele următoare:

- forma expansivă de tip maniacal, în 25% din cazuri;
- forma depresivă, uneori cu delir de autoacuzare, în 25 % din cazuri;
- forma paraneid halucinatorie cu idei de persecuție sau mărire;
- forma schizoidă, cu disociația funcțiilor psihice, verbigeratie, stări catatonice;
- forma confuzivă, apare mai ales când se asociază cu alcoelismul.

- forma epileptiformă, cu convulsii, pareza și afazii;
- forma simplă dementială, descrisă mai sus, care are o evoluție lungă, asociată cu tulburări neurologice, ajunge progresiv spre demență. Este cea mai frecventă - 40% din cazuri.

3. Forme de P.G.P. atipice.

- Paralizia Lissamer, rar întâlnită, se caracterizează prin hemiplegie cu afazie, apraxie și hemianopsia laterală homonimă.

- Forma diencefalică, cu tulburări în ritmul somnului, în metabolismul apei, bulimie, anorexie, febră neurogenă.

- Tabes - P.G.P.

- Sindromul Guillain-Then, caracterizat prin fenomene tabetice și fenomene de mielită luească cu paraplegii.

4. Forme de P.G.P. după vîrstă.

- P.G.P. juvenilă între 13-20 ani.

- P.G.P. la bătrîni după vîrsta de 50 ani.

Diagnostic diferențial. Se face în raport de forma clinică, cu faza maniacală și depresivă din psihosa maniaco-depresivă, cu schizofrenia la copii, cu epilepsia, cu

selezeza în plăci, intericația cu bromuri, tumori cerebrale ale lobului frontal (meria), elige frenii.

În stadiul de demență, diagnosticul diferențial se impune cu alte stări dementiale și anume: demența ateroscleretică, demența senilă, boala Pick, boala Alzheimer, demența saturnină, demența alcoolică. Acest diagnostic diferențial se realizează în baza datelor anamnezice, a aspectului clinic și a examenelor de laborator.

Tabesul.

Este o meninge-radicule-nevrită-posterioară specifică. Deși se studiază la neurologie, menționăm că în evoluția tabesului pot apărea sindroame confuzive delirant-oniroide. Diagnosticul se stabilește pe baza următoarelor semne: tulburări de mers și echilibru (ataxie locomotorie); tulburări senzoriale și de sensibilitate profundă, din care cităm cecitatea și surditatea prin atrofierea specifică a nervilor auditivi și optici; crize viscerale, tulburări sexuale, sfincteriene și trofice. Atrofia optică primară tabetică poate constitui uneori unicul simptom al tabesului.

Tratament

1. Tratamentul chimic-terapie (bismut) se mai utilizează în prezent doar în asociație cu antibiotice.

2. Piretoterapia. Se utilizează încă cu bune rezultate prin malarie-terapie.

3. Penicilinoterapia este astăzi metoda cea mai eficientă și se utilizează în întreaga lume. După unii autori, nu se cunosc trepeneme rezistente la penicilină. Doza utilizată la copii este de cel puțin 100.000 U/kg corp pînă la 300.000 U/kg corp, în sifilisul congenital.

La adult, se utilizează o doză totală de 20-30 milioane unități, zilnic o dată un milion U. Se impune o anumită precauție la administrarea penicilinei, deoarece există posibilitatea apariției reacțiilor anafilactice de tip Nerzheimer. Schema de tratament este elaborată sub forma diferențiată (copii, adulți, gravide, etapa de boală) de Ministerul Sănătății și are un caracter obligator pentru toate cazurile luate în evidență.

Se impune de asemenea o serie de măsuri igienodietetice, vitaminoterapie, medicație psihotropă în raport de tabloul psihopatologic.

Terapia ocupațională și ergoterapia individualizată completează arsenalul terapeutic.

TULBURĂRILE PSIHICE DUPA TRAUMATISME CRANIOCEREBRALE

Tulburările funcționale sau structural lezionale provocate de traumatismele craniocerebrale tind să crească, cu un risc letal apreciat ca fiind de 3 ori mai mare la populația activă, decât prin alte boli.

De altfel, frecvența traumatismelor în general și prin aceasta și a traumatismelor craniocerebrale, a primit denumirea de „epidemie traumatică”, caracteristică relațiilor tehnicizate de viață și activitate.

Capitolul este amplu studiat în cadrul neurochirurgiei, amintim totuși clasificarea traumatismelor craniocerebrale în: traumatisme directe și indirecte, iar în funcție de aspectele chirurgicale în traumatisme deschise (plagă) și închise, fără leziuni cutanate. Cele deschise pot fi penetrante sau nepenetrante.

Deși nu s-a ajuns la un consens de păreri privind variabilitatea și încadrarea nesologică a tulburărilor psihice cu evoluții posttraumatice, putem diferenția: tulburări psihice primare acute sau cronice, în care există o relație directă și evidentă între accident și tulburarea psihică și tulburări psihice secundare, în care traumatismul cerebral nu face decât să grăbească sau să evidențieze unele afecțiuni psihice preexistente, latente, nelegate, în esență de accident.

I. Tulburările psihice acute primare se institue imediat după traumatism și realizează următoarele aspecte:

• comă cerebrală, care se manifestă clinic prin pierderea bruscă a conștiinței cu abolirea reactivității, a

reflectivității, uneori a reflexelor ocrneene, relaxarea musculară, tulburări vegetative (respiratorii, cardiovasculare și altele), de durată variabilă, de la câteva secunde, până la forme prelungite de ere, zile și chiar săptămâni.

- Centuzia cerebrală se caracterizează prin pierderea conștiinței, stare de comă, dar spre deosebire de cometii, de obicei se întinde pe o perioadă mai lungă de timp. Apar grave tulburări vegetative-dispnee, vărsături, tulburări de deglutiție, tensionale, concomitent cu apariția unor semne de focar persistente (paralizii, semne de iritație meningială, crize convulsive focale sau generalizate).

Ieșirea din comă se face treptat, uneori prin stadii diverse de confuzie mintală asociată cu semne neurologice de focar, în raport cu sediul leziunii.

- Compresiunea cerebrală, consecință a hematoamelor, are o evoluție particulară datorită existenței unei perioade asimptomatice de la producerea traumatismului și până la apariția unui sindrom de suferință cerebrală.

- Delirul traumatic, mai frecvent apare la ieșirea din starea de comă. Bolnavul este dezorientat, cu agitație psihomotorie (fuge, rupe pansamentele) putând apare halucinații terifiante, idei delirante nesistematizate, lăbilitate afectivă, care oscilează între euforie, anxietate, agresivitate. Evoluază timp de 2-3 zile, după care de regulă se remite.

- Stupearea traumatică. Este o stare confuzivă-stupor, bolnavul este imobil, inactiv, semnelent, răspunde greu la întrebări, cu tulburări de atenție. Uneori pot apare manifestări de aspect catatonie și negativism, datorită atingerii substanței reticulare mezencefalice.

- Stările crepusculare sînt mai frecvente la copii și se manifestă sub aspectul unei confuzii mintale, care apare imediat după traumatism. Se constată acțiuni automate de apărare sau agresiune, dezorientare tempore-spațială, cu păstrarea coordonării motorii.

- Sindromul Korsakov posttraumatic. Apare în unele cazuri la ieșirea din comă sau în continuarea delirului traumatic. Se caracterizează prin tulburări indesebi ale

memoriei de fixare (amnezia anterogradă), false recunoașteri, confabulații, dezorientare tempore-spațială, deseori bolnavii devin logoreici sau iritabili. În unele cazuri, ameliorarea se poate realiza treptat, în alte situații se trece la formele cronice, constituind faza inițială a demenței traumatice. Acest sindrom apare mai frecvent în leziunile temporale hipocampice și ale corpilor mamilari.

Tulburările de memorie pot avea aspecte variate. Se descrie amnezia lacunară, care cuprinde momentul traumatismului, amnezia globală (anterogradă și retrogradă) care sînt rare, amnezii sistematizate cu pierderea unor anumite amintiri legate de profesie, limbi străine.

II. Tulburările psihice primare cronice se dezvoltă în continuarea celor acute, sau se instalează insidios, în decurs de săptămîni sau luni de la traumatism, avînd tendință de cronicizare.

Distingem următoarele aspecte clinice:

- Cerebrastenia posttraumatică. Este afecțiunea cea mai frecventă înfilnită. Clinic, ia aspectul unui sindrom neurasteniform la care se adaugă discrete fenomene neurologice. Bolnavii acuză cefalee persistentă, care apare spontan sau la ațcări bruște ale capului, efort fizic și psihic, imbrăcînd uneori un aspect migrenos. Cefaleea este asociată frecvent de vertije și amețeli. Tulburările vegetative sînt caracterizate prin lăbilitatea pulsului, tahicardie, transpirații profuze, reacții vasomotorii, dermografism. Hiperestezia senzorială se manifestă prin intoleranță față de agemete și găldură excesivă, în general bolnavii suportă greu ecitanții altădată obșnuiți. Se instalează tulburări de somn cu vise terifiante și anxietate nocturnă, astenia cu hipopresexie și scăderea randamentului în muncă, ca și modificări afective cu predominanța stărilor de iritabilitate și descărcări de minie. Uneori, reacțiile de violență cu agresivitatea, întreguind tabloul clinic al acestor categorii de bolnavi. Se mai descriu și forme în care predomină plictiseala, starea de frică nejustificată, cunescută fiind „reacția catastrofală”, care la cel mai mic eșec declanșează stări de anxietate asociată cu tulburări vasomotorii. În cerebrastenia posttraumatică

se mai pot pune în evidență discrete semne neurelogice cum ar fi: modificări de excitabilitate labirintică și hiperreflexivitate esteoendinoasă. Evoluția acestei afecțiuni este favorabilă, și, după aproximativ 1-2 ani, în marea majoritate a cazurilor simptomele dispar.

Examenul EEG arată uneori modificări minore (trasee plate, unde lente abundente, activitate rapidă beta). Examenul psihometric poate confirma scăderea randamentului la unele probe de performanță (scala Wechsler-Bellevue).

- Encefalopatia traumatică este provocată de leziuni cerebrale mai importante, care în raport de gravitatea și localizarea lor (atrezii corticale localizate sau generalizate, cicatrici cerebrale cu evoluții progresive) pot determina variate tablouri clinice, cu diverse manifestări psihopatologice și neurelogice. Dintre acestea cităm: stări deficitare, stări psihopateice și tulburările de comportament, epilepsia posttraumatică, demența traumatică și, ca formă specială, encefalopatia traumatică a boxeurilor (pugilistica).

- Stările deficitare. Atunci când traumatismul cranie-cerebral survine până la primii 3 ani de viață sau naștere, cu distrugerii importante de substanță cerebrală, dezvoltarea psihică este încetinită, constituindu-se diverse tablouri clinice de oligofrenii, sau constituie terenul unor dezvoltări patologice.

La adult, stările deficitare se instalează la un interval variabil de la traumatism având aspecte moderate: halucinații, tulburări de memorie persistente, bradikinezie, care uneori se asociază unor tulburări de personalitate. Foarte rar se poate instala demența posttraumatică asociată la tineri deliruri prelungite, iar la bătrâni cu fenomene de involuție cu participarea celor de ateroscleroză.

În tabloul clinic, apar dominante tulburările de memorie, amnezii de fixare și evocare, confabulații, dezorientări temporo-spațiale și, progresiv, tulburări globale de gândire. La sindromul demențial participă un delir fragmentar de tipul expansiv și euforic, apare aspectul unei pseudoparalizii generale.

- Stările psihopateice posttraumatice și tulburările de comportament la copii se întâlnesc destul de des. La

tulburările de comportament se manifestă prin abandon școlar, agresivitate, irascibilitate, iritabilitate, acte de delincvență. Aceste tulburări au intensități variabile în funcție de traumatism și pot regresa în mod lent în condiții de mediu favorabil, care promovează o educație corespunzătoare.

- Stările psihopateice întâlnite la adulți sint, așa cum am văzut, traumatice cu leziuni cerebrale. Aceste tulburări se diferențiază de psihopatiile nucleare sau adevărate prin existența leziunilor cerebrale, evidențiabile la explorări. Tabloul clinic este dominat de tulburările de caracter, asociate uneori cu deficitul intelectual și anumite particularități legate de sediul leziunii. Toate manifestările clinice au însă ca factor comun scăderea nivelului sau coeficientului personalității.

- Epilepsia posttraumatică. Prevalența ei este apreciată la aproximativ 10% din cazuri. Crizele pot apărea după 6 luni sau 2 ani, iar limita maximă ar fi după 5 ani de la traumatism. Crizele convulsive generalizate din primele 2-3 săptămâni nu pot fi considerate drept crize epileptice posttraumatice. Transformarea cicatricii cerebrale în focar epileptogen se face în timp și patogenia ei este insuficient cunoscută. Clinic, poate apărea sub diferite forme: crize generalizate, focalizate de tip Jacksonian cu manifestări motorii senzitive, senzoriale sau psihometrice.

- Encefalopatia traumatică a boxeurilor (pugilistică) apare ca o consecință a loviturilor puternice și repetate în regiunea cranie-facială, prin care apar mici focare hemoragice cu involuții spre necroze. Tabloul clinic ia aspectul unor stări pseudoebrietate cu încetinirea mișcărilor și scăderea coordonării lor, instabilitate motorie, nesiguranță, tulburări de echilibru, verbere greele, scăderea memoriei și a atenției. Formele grave pot lua aspectul de demență și uneori par sindroame parkinsoniene.

III. Tulburările psihice cronice secundare se referă de fapt la asocierea dintre un traumatism cranie-cerebral și o boală psihică preexistentă. Traumatismele pot constitui o cauză de agravare a acestor boli, sau pot fi considerate ca factor declanșator al acestor psihoze preexistente, dar aflate

intr-o fază latentă.

Tratamentul cuprinde acțiuni distincte, în raport de perioada de evoluție și tabloul clinic constituie în perioada acută, tratamentul neurochirurgical se impune ca urgență. De acuratețea și rapiditatea acestui tratament depinde în mare măsură evitarea pe cât posibil a instalării tulburărilor psihice sechelare.

Cerebrastenia posttraumatică beneficiază de o terapie vitaminică, tranchilizantă (diazepam), psihotone (encefabel, meclofenoxat, crelizin).

Epilepsia posttraumatică, în cazul când terapia chirurgicală de înlăturare a focarului cicatricial epileptogen, nu este posibilă, beneficiază de tratamentul clasic cu luminal, feniteină, merfelen, tagretol, primidon, cu asocieri și indicații speciale în raport de evoluție.

Stările psihopateice și tulburările de comportament pot beneficia de terapia neureleptică (clordelazin și în special neuleptil). Reinserția socio-profesională a acestor categorii de bolnavi se efectuează în diverse etape, în funcție de forma clinică, de gravitatea bolii și de gradul stării de deficit somato-psihic.

TULBURARI PSIHICE IN PROCESELE TUMORALE CEREBRALE

Prin mecanisme diferite de distrugere a substanței cerebrale, compresiune sau iritație perifeală, tumorile cerebrale provoacă apariția edemului și a tulburărilor de irigație, care clinic se manifestă printr-o simptomatologie complexă neuropsihică.

În diagnosticul acestor afecțiuni sindromul de hipertensiune intracraniană este prezent în marea majoritate a cazurilor, asociat cu semne neurelogice și psihice, decelabile la examenul clinic și explorări.

Tulburările psihice care însoțesc tabloul clinic al unei tumori cerebrale pot avea, în unele cazuri, particularități mai mult sau mai puțin evidente, în raport de sediul tumorii, fapt ce a determinat sistematizarea lor în raport de localizarea cerebrală.

Tumorile frontale. Tulburările psihice care însoțesc tabloul clinic sînt frecvente în proporție de 80%, mai ales sînt interesate ariile 9, 10, 11, 12, din lobul prefrontal. Au un caracter polimorf, îmbrăcînd aspectul unor manifestări pseudodemențiale, psihopatiforme sau tulburări afective. Cele mai frecvente sînt tulburările din sfera afectivă, care apar sub formă de euforie cu excepție psihomotorie sau apatie, tendință la glume cu nuanță pornografică, calambururi, puerilizme, scăderea simțului moral și tendință la artificial, uneori de aspect hipomaniacal. Această formă particulară poartă denumirea de moria. Alteori pot apărea stări de indiferență, apatie, tendință la mutism, tulburări de atenție și memorie (numai

memoria de fixare și niciodată nu apare amnezie retrogradă). Dezorientarea spațială domină cea temperară, tulburările intelectuale nu sînt obligatorii, însă deficitul de activitate deține o mare valoare semiologică. În final, se poate realiza un sindrom de pseudodemență care să remite prin ablația tumorii.

În unele situații tulburările psihice pot avea aspecte paroxistice, cu halucinații vizuale, auditive, olfactive, izolate sau însumîndu-se într-un sindrom de automatism mental cu confuzie și dezorientare temporă-spațială. La acest tablou clinic se adaugă semne neurologice ca: sindrom piramidal, hiperreflexivitate, hemiplegii, crize Jaksoniene sau mixte, baraj verbal, alexie, agrafie.

Leziunea nervului optic poate realiza sindromul Förster-Kennedy cu atrofie optică însoțită de scotom central, edem papilar centralateral, scăderea acuității vizuale și anemie ipsilaterală.

- Tumorile temporale au o simptomatologie complexă și diferențiază tulburări psihice ce pot fi paroxistice și permanente. Cele paroxistice au un anumit grad de specificitate și se caracterizează prin: halucinații elementare sau complexe (gustative, olfactive, auditive, vizuale și vestibulare) ce apar brusc și sînt de durată variabilă. Halucinațiile vizuale iau aspectul unor scene proiectate în special în porțiunea opusă tumorii, fiind asociate cu hemianopsia homonimă. Caracteristică acestor halucinații ar fi repetarea lor stereotipă și caracterul complex, prin care se deosebesc de halucinațiile elementare din tumorile lobului occipital. Se pot constata de asemenea și automatisme psihomotorii, care alături de absențe pot constitui falsă absență temporală. O tulburare de conștiință specială o constituie „starea de vis” (dreamy state), asociată cu halucinații olfactive, stare ce realizează criza uncinată, în cazuri de leziuni ale uncusului hipocampic. Criza durează câteva secunde, începînd cu un sentiment de straniu, de ireal, de vis, anxietate și halucinații olfactive sau gustative. Se mai pot asocia fenomene de „déjà vu” sau „jamais vu”.

Tulburările psihice cu evoluție durabilă sînt rare și iau aspecte confuzionale, deficitare cu modificări de comportament, iritabilitate și agresivitate, acte de violență, labili-

tate emoțională, tulburări mnemonice de fixare.

Tulburările neurologice se remarcă prin hemianopsie homonimă de partea opusă leziunii și paralizia ipsilaterală de oculemotor comun, anizocorie, tulburări afazice și de echilibru.

Tumorile parietale se caracterizează printr-o simptomatologie mai complexă și mai puțin diferențiată, deoarece tumora invadează de obicei și regiunile învecinate.

Tulburările psihice paroxistice au caracteristici manifestările somatognosice (tulburări ale schemei corporale). Cînd leziunea este situată în emisfera dominantă și se extinde spre lobul occipital, apare sindromul Gerstmann; agnezia digitală cu confuzie dreaptă-stînga, acalculie și agrafie. Cînd este interesat lobul drept se constată dispariția imaginii hemisferului paralizat (hemiasomatognosie), anezegnosie (ignorarea bolii), anezodiaferia (indiferență față de boală), simptome care fac parte din sindromul Anton-Babinski. Tot cu aspect paroxistic pot apărea și halucinațiile elementare.

Tulburările psihice permanente constau în stări confusiv-demențiale, modificări ale dispoziției și de caracter, inerție și indiferență, alteori labilitate emoțională.

Tumorile de corp calos dau tulburări psihice ce apar destul de frecvent, sub formă de amnezie de fixare, tulburări ale proceselor asociative, labilitate afectivă, dezinteres, comportament bizar, iar alteori stări de somnolență, dezorientare tempore-spațială sau numai terpeare. Tulburările de atenție, apăsărea, constituie un element important de diagnostic diferențial între tumorile de corp calos și cele frontale. În unele cazuri pot apare tulburări pseudobulbare cu parapareză și apraxie.

Tumorile lobului occipital se manifestă prin tulburări psihice cu o frecvență mai redusă, se caracterizează prin amnezie de fixare însoțită de confabulații ce amintește de preschizofrenie. Halucinațiile vizuale au caracter elementar, cu excepția leziunilor convexității occipitale, care se pot însoți de halucinații complexe. Frecvent acestea se repetă stereotip, putînd fi însoțite de izbucniri convulsive generalizate. În alte cazuri,

pet apare halucinoză, agnezie vizuală (cecitate psihică) și hemianopsie omenimă (centrolaterală tumorală) de tip cortical.

Tumurile de la baza creierului interesează hipofiza, regiunile infundibulo-tuberice, hipotalamusul, regiunea mezencefalică și ventriculul III.

Tulburările psihice sînt caracterizate prin semn prelungit, tulburări de conștiință de la ebnubilar la confuzie, amnezie de fixare și fabulație, asemănătoare sindromului Korsakov.

Unii autori semnalează halucinații particulare, de aspectul celor pedunculare, la care bolnavul asistă cu indiferență la desfășurarea imaginilor adesea celerate, păstrînd conștiința caracterului lor patologic.

Pot apare crize enirice, dezorientare, false recunoașteri, hipeprosexie și amnezia parțială. Tumurile infundibulare se însoțesc de semn profund cu durată prelungită, iar în cazul tumorilor ventriculului III apare precoce sindromul de hipertensiune intracraniană asociat cu tulburări de memorie de fixare, fabulație, teroare, indiferență, scăderea randamentului în activitate și a voinței.

Tumurile subțentoriale, interesează cerebelul, bulbul și protuberanța, prin care se instituie în mod precoce sindromul de hipertensiune intracraniană cu stază papilară și atrofie optică.

Frecvent apar halucinații vizuale elementare, tulburări de conștiință, dezorientare, apatie, hipeprosexie, tulburări de memorie și deficit intelectual. Se descrie și criza de angoasă paroxistică (angoasă bulbară) cu semnificație diagnostică importantă.

Tulburările neurologice apar mai tîrziu, manifestîndu-se prin hipotonie, asinergie, ataxia mișcărilor, tremor intențional, tulburări de echilibru, nistagmus, paralizii și pareze de nervi cranieni (perechea V, VI, VII), hemianestezie, disfagie, distonie, strabism și tulburări respiratorii.

Tulburările psihice în procesele tumorale cerebrale dețin o importantă semnificație pentru diagnosticul clinic, care precizat prin explorări contribuie la o cercetă și promptă asistență neurochirurgicală.

EPILEPSIA

Epilepsia este o stare patologică care a fost cunoscută încă în perioadele îndepărtate ale istoriei omenirii, fiind atestată identificarea ei în preistorie. Evoluția cunoștințelor despre epilepsie este legată de evoluția conceptului despre psihic, de progresul cunoștințelor generale despre sănătatea mintală și modalitățile de cercetare și intervenție asupra mecanismelor cerebrale.

Manifestarea bolii în formele ei atât de tranșant sesizabile de condiția obișnuită a comportamentului uman explică identificarea ei timpurie în istoria societății, precum și numeroasele referințe din tradiția orală sau scrisă a miturilor, legendelor și epuselor privind descrierea ei.

Definirea epilepsiei ca tulburare paroxistică și trecătoare în activitatea creierului, cu apariție bruscă, dispariție spontană și tendință la repetabilitate, exprimă de fapt caracteristicile cele mai specifice pentru diagnostic.

N. Ey se referă la o definiție fiziologică, neurologică și psihiatrică. Astfel, epilepsia se caracterizează prin descărcarea unui grup sau a totalității neuronilor cerebrali afectați la un moment dat de un sincronism excesiv, prin manifestări convulsive sau echivalente lor ca rezultat al acestui hipersincronism și prin tulburări de conștiință și personalitate asociate crizelor sau în raport cu acestea.

Frecvența epilepsiei la populația globului este apreciată de 3-5%.

Simptomele epilepsiei, de o mare varietate clinică, fiind: tulburările critice sau ale crizei paroxistice

neuronale; tulburările psihice intercritice și tulburările psihice permanente.

Crizele epileptice de paroxism neuronal, datorită formelor clinice și caracteristicilor, modificările bioelectrice cunoscute prin electroencefalografie, sunt clasificate în diferite modalități, în scopul întrunirii cât mai complete a criteriilor de diagnostic și tratament.

Vom distinge, după aspectul clinic, următoarele:

A. Tulburări critice sau ale crizei paroxistice neuronale, pierderea totală a conștiinței, cădere și convulsii tonico-clonice.

Intrarea în criză se poate face printr-un strigăt caracteristic, provocat de vibrațiile cordilor vocale prin expirarea forțată a aerului sub contractura tonică-generalizată, prin care bolnavul este proiectat la sol, indiferent de loc și de riscurile căderii. Căzut, bolnavul are o atitudine cu capul dat pe spate, membrele superioare flectate, pumnii strânși, extensia forțată a membrelor inferioare, privire fixă, paleare și apoi cianoza feței. Faza tonică durează 10-30 secunde după care începe faza clonică, cu respirație stertoreasă, salivă spumeasă și sânghinolentă și clonii generalizate, ritmice și violente.

Criza poate dura 1-2 minute, în timpul ei conștiința este anulată ca într-o comă profundă, pupilele sunt miotice, reflexul carnean este abolit, semnul Babinski este prezent, se avea loc emisiuni spontane de urină și materii fecale. După epuizarea crizei, restabilirea se poate face rapid sau cel puțin după un somn. La trezire persistă durerile musculare, oboseala, ușoară stare confuzivă sau o lentă ideatie. Bolnavul nu-și amintește din perioada de durată a crizei și poate constata doar urmele produse de cădere și mușcarea limbii în timpul clonilor. După criză, examenul clinic poate atesta absența fenomenelor neurologice de focar sau poate atesta deficit motorii, senzitive și de limbaj, care dețin o valoare pentru diagnosticul topografic al focarului epileptic. Mai rar, după epuizarea crizei tonico-clonice pot urma stări de agitație, celereasă, agresivitate și tulburări de percepție. Aceste tulburări postaccidentale se desfășoară pe fond de îngustare a

conștiinței și pot provoca situații periculoase pentru cei din apropierea bolnavului. Criza majoră epileptică poate fi prevăzută de bolnav, mai ales când se repetă fenomenele sub aceeași formă, prin simptome ce sunt resimțite cu ere sau uneori cu zile înainte de declanșarea ei bruscă. De obicei aceste simptome sunt: modificări ale dispoziției, modificări motorii, senzoriale și vegetative, care semnalizează prin repetarea identică la același bolnav apropierea crizei convulsivante.

Imediat sau la câteva secunde înaintea crizei, la aproximativ 50% din bolnavii adulți, poate avea loc aura epileptică, ca fenomen ce precede criza. Manifestările de aură epileptică sunt variate sub formă de: clonii musculare, parestezii cutanate, senzații neplăcute cu diverse localizări, tulburări vegetative, halucinații, ^{elementare} sau complexe la oricare din analizări, sentimente de neliniște, schimbarea ritmului gândirii, manifestări de „dăjă vu”. Aura epileptică exprimă tulburările structurilor funcționale la originea descărcărilor bioelectrice, care difuzează apoi în criza paroxistică generalizată.

În analiza clinică a crizei epileptice majore sunt surprinse deci, așa cum rezultă din cele prezentate, manifestările prodromale, aura epileptică, criza convulsivantă și starea postaccidentală.

Aspectul crizelor poate prezenta particularități diverse la femei, într-un context neuroendocrin, pot apărea în perioada menstruală (criza ovariă), la unii bolnavi pot apărea numai în somn (criza merfoidă), iar la copii se pot desfășura numai în faza tonică.

Starea de rău epileptic este repetarea crizelor epileptice majore sau de alt tip, la intervale scurte de timp. Status grand mal este cea mai gravă stare de rău epileptic, întrucât succesiunea aproape neîntreruptă de crize mari poate duce la elaborarea stării generale de risc letal, sau la stări confuzive prelungite cu dezvoltarea unei psihaze epileptice.

II. Crizele epileptice minore sunt manifestările paroxistice neconvulsivante și cuprind manifestări polimerice, a căror clasificare clinică a fost posibilă prin precizările exper-

rărilor electroencefalegrafice.

Crizele epileptice minore sînt: crizele de petit mal, crizele de petit mal mioclenic și crizele meterii minore.

Crizele de petit mal sînt o entitate electroclinală bine definită, ele apar în copilărie și se caracterizează prin salve de descărcări generalizate, sincrone și simetrice de complexe vîrf-undă 3 c/s. Din punct de vedere terapeutic răspund la produși din grupa oxazelidenelor, iar celelalte indicații anticonvulsivante rămîn inefficiente.

Tableul clinic cuprinde aspecte diferite, care se caracterizează în mod esențial prin pierderea bruscă a conștiinței, fără cădere, palearea feței, privire fixă, cu întreruperea și apoi continuarea automată a activității și vorbirii. Durează 5-15 secunde și pot trece neobservate - cînd criza este mai lungă, pînă la 31 secunde, se însoțește de automatism labio-lingual și secuse mioclenice la nivelul capului și sprîncenelor, uneori cu creșterea tonusului postural, mișcări de retrepulsie și rotație, care în ansamblul de manifestări realizează absența complicată.

Pierderea conștiinței în timpul crizelor poate fi: totală și cu amnezia lacunară; aproape totală lăsînd un contact fragmentar cu ambianța; parțială, cînd se receptivizează întrebări, dar răspunsul apare după criză; lenteare a proceselor ideative sau tulburări aproape nevizate clinic. Stare de rău epileptic prin succesiunea frecventă a crizelor de petit mal, cu alterarea conștiinței beneficiază de diagnostic diferențial prin EEG.

Crizele de petit mal mioclenic se manifestă prin spasme mioclenice izolate sau generalizate cu sau fără pierderea conștiinței și au o durată scurtă. EEG: complexe polivîrf și, uneori, unde ascuțite.

Crizele de petit mal akinetic apar ca relaxarea globală sau generală a tonusului postural cu căderea bruscă a trunchiului și pierderea de scurtă durată a conștiinței. Se modifică difuză cu descărcări de complexe vîrf-undă care atestă un substrat lezional.

Hipsaritmia apare în primii ani de viață, crizele au aspectul celor mioclenice sau akinetice, dar mai ales al

sului de flexiune (flectarea capului și înclinarea minilor - tic salaam). Ca aspect sechelar, se constată grava retardare psihometrică și de limbaj. EEG: disaritmie lentă difuză cu suprapunerea unor descărcări asincrone de unde lente, ample, vîrfuri ascuțite și izolate complexe vîrf-undă.

III. Crizele epileptice parțiale, cuprind: crize meterii și psihometerii, vegetative, senzoriale și psihosenzoriale, psihice și tulburări particulare de semn. Ele sînt expresia unor focare epileptice primare sau secundare se interesează lebul temperamental și conexiunile sale. Pot fi ca atare sau pot altera manifestări cerebrale. Prin generalizarea descărcării focale amplifică simptomatologia crizei majore prin aura sau tulburările postaccusuale.

Crizele meterii - pot fi sub formă unor manifestări meterii elementare, cu accese clonice sau contracturi tenice ce interesează o anumită parte a corpului. După aspect, se descriu crize adverse (devierea conjugată a globilor oculari, uneori a capului și trunchiului); inhibitorii (impotența funcțională a membrelor sau de limbaj); crize posturale (parexism tonic al musculaturii posturale); crize Bravais-Jackson (secuse clonice ale unei extremități cu extindere din aproape în aproape, fără alterarea conștiinței).

Crizele psihometerii: automatismele gestuale și verbale, gesturi incomplete, cu o desfășurare de scurtă durată, cu alterarea conștiinței și amneziei lacunare.

Crizele senzoriale și psihosenzoriale sînt tulburări de percepție parexistice. Pot fi elementare, complexe, mono- sau plurisenzoriale. La nivelul analizatorului vizual apar ca puncte luminoase, percepții celerate, micropsii, sau macropsii, la cel auditiv sub forma de zgomote, sunete muzicale, cuvinte. Se însoțesc de tulburări de diferite grade ale stării de conștiință și de conținut afectiv. Postaccusual, bolnavul își poate aminti despre tulburările sale senzoriale și le analizează critic.

O manifestare psihosenzorială particulară o constituie crizele uncinate (halucinații olfactive și gustative ce apar brusc și se asociază cu halucinații panaramice, anxietate și sentiment de înstrăinare).

Toate formele de crize epileptice senzoriale și psih-

senzoriale, prin apariția lor bruscă, durată scurtă, repetarea stereotipă și uneori asocierea cu crize majore, se deosebesc de tulburările de percepție din alte boli psihice.

Crizele vegetative cuprind așa-numita epilepsie viscerălă și crizele diencefalice, care pot fi cu simptomatologie simpatică (tulburări în hipotalamusul posterior și lateral) sau parasimpatică (hipotalamusul anterior). Crizele vegetative se desfășoară ca paroxisme dureroase abdominale, cu grețuri, vărsături, tahicardie, transpirații, hipertensiune sau bradicardie, bradipnee, hipotensiune. Au un debut brusc, durată relativ scurtă, pot fi urmate de somn și nu au corespondență cu suferințe viscerale.

Paroxismele psiho-epileptice cuprind tulburări afective, de gândire, mnemonice, și acțiuni impulsive, care prin apariția bruscă, durată scurtă, repetarea stereotipă și aspectele EEG confirmă epilepsia. Se manifestă prin stări afective expansive sau depresive, senzații de gânduri impuse sau gel mnemonice asociate cu fenomene de derealizare și depersonalizare.

Tulburările paroxistice de somn: pavorul și automatismul ambulator nocturn epileptic. În pavorul nocturn, bolnavul în cursul somnului se ridică brusc, cu ochii deschiși, comițe gesturi automate sau spune o serie de cuvinte, iar uneori are halucinații. În automatismul ambulator, părăsește încăperea și îndeplinește acțiuni automate, iar când este trezit brusc rămâne dezorientat.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburările de același aspect din nevroză, dar apariția lor bruscă, repetabilă stereotipă cu modificări EEG precizează epilepsia.

B. Manifestări temperare intercritice sunt întâlnite cu o frecvență de 5-10 % din cazuri și apar ca tulburări psihice cu debut brusc, dispariție spontană, durată mai lungă, repetă și alterează capacitatea critică a cunoștinței. Se deosebesc de manifestările paroxistice prin inconstanța modificărilor EEG, durată și rezistența la tratamentul antiepileptic. Ele pot precede sau continua crizele comițiale paroxistice.

- Stările crepusculare sunt alterări și îngustări ale conștiinței cu un comportament de acte automate lipsite de sens critic. Pot apărea tulburări de percepție și

idee, modificări de dispoziție și o stare de eștuzie, cu păstrarea relativă a unui contact cu ambianța. Datorită halucinațiilor și delirului, comportamentul poate deveni agresiv și periculos. Durată este de ore sau zile, apoi tulburările dispar brusc, sau se risipesc lent și se păstrează o amnezie lacunară sau doar fragmente vagi de amintire.

Tableoul clinic al stărilor crepusculare este variat, în general bolnavii execută activitățile de rutină, se comportă lent în reacțiile lor, gândirea este viscoasă, alternează cu interpretări delirante, după cum comportamentul în ansamblu devine agitat și violent.

- Obnubilarea și diverse tipuri de confuzie.

Cu modificări de conștiință temporare intercritice au aceleași caractere, putând fi însoțite de tulburări de percepție și deliruri. Stările pot fi de aspect anxios, enigmatic, și stupores.

Diagnosticul diferențial se impune cu stările toxice, infecțioase, tumori cerebrale și unele boli psihice: schizofrenia, crize isterice.

- Stările delirante și halucinații sunt din punct de vedere clinic variante ale tulburărilor crepusculare.

- Tulburările de comportament și dispoziție, ca manifestări temperare intercritice, prin repetare și caracterul lor stereotip, la analiza corelativă a amneziei și explorărilor EEG și PBG pot permite în unele cazuri identificări și apartenența lor de epilepsie.

C. Tulburări psihice permanente sunt clasificate în: tulburări de caracter și personalitate, psihozele cronice epileptice, demența epileptică.

Tulburările de caracter și personalitate sunt tulburările de comportament intercritice din epilepsie, ce se apreciază la o frecvență de 1/3 din cazurile de boală. Aprecierea și identificarea lor clinică este importantă pentru conduita de asistență și recuperare a bolnavului, dat fiind caracterul de durată al intervenției medicale, cât și

pentru implicațiile delicto-judiciare ce pot decurge din structura permanentă a acestor stări psihopateologice.

În mod caracteristic, comportamentul și personalitatea bolnavului dezvoltă la analiza clinică trăsături ca: iritabilitatea explozivă și instabilitatea dispoziției pe un fond de lentă ideometrie (bradipsihic, bradilalie, bradikinezie), comportament adheziv și care se exprimă prin meticulozitate afectivă, perseverență și detalieră ideativă. Bolnavul exprimă exces de politețe, privește cu blîndețe, este însă suspicios, sugestionabil, cînd se consideră neîndreptățit nu uită și pregătește acte de răzbunare, pe care le săvîrșește cu impulsivitate, blîndețea și teama cu agresivitatea, ceea ce a atras atenția și a fost definit ca bipolaritatea personalității epileptice identificată în procesele psihice și comportamentul bolnavului.

La copii se disting, de asemenea, pe fondul unor trăsături identice, sindroame caracteristice epileptice, în care predomină instabilitatea psihometrie și comportamentală; iar altele în care domină lentoarea, vîscozitatea și decilitatea.

Analizate în ansamblul lor, tulburările caracteristice personalității și caracterului epileptic decurg primar din particularitățile perturbării sistemelor neuronale și secundar din reactivitatea față de ambianța bolnavului.

Crizele epileptice, cît și tulburările psihice ale bolii, sînt expresia suferinței cerebrale, care la rîndul ei, prin crizele convulsivante preveacă agravări circulatorii și metabolice. S-a evidențiat de asemenea relația dintre tulburările caracteriale și focarele lezionale la nivelul lobului temporal, ca și leziunile în regiunea rinencefalului.

Psihozele cronice epileptice pot constitui o dificultate pentru diagnosticul nosologic, prin lipsa în perioada îndelungată de timp a crizelor paroxistice și prezența unor tulburări psihice care pot păstra elementele caracterului și personalității epileptice, dar cu dezvoltarea unor stări psihotice alternative sau a unor halucinații delirante asemănătoare schizofreniei. Datorită patogenezei încă neclare a psihozelor cronice epileptice s-au diferențiat cele două aspecte distincte și anume: psihozele cronice epileptice și psihozele cronice la bolnavii care suferă de epilepsie. Se disting astfel psi-

hoze cronice ca manifestare a epilepsiei și asocierea dintre alte psihoze (maniaco-depresivă, schizofrenie) și epilepsie.

Demența epileptică și deficitul intelectual în epilepsie

Tableoul clinic al demenței epileptice se dezvoltă pe fundalul tulburărilor caracteristice, ou e avansată lentă ideometrie, degradare intelectuală, tulburări de memorie și scăderea limbajului. În desfășurarea acestui comportament deficitar, adheziv, lent, cu pierderea aprecierilor critice se conservă interesele limitate și concrete ale unei nevel elementare individuale.

La bolnavii epileptici, într-o proporție semnificativă, au fost puse în evidență diferite grade de deficit intelectual, schizofrenia fiind în relație printre altele cu vîrsta la care a debutat epilepsia. Gradul deficitului mintal este în raport cu ampiearea leziunilor cerebrale prin factorii etiologici și epilepsiei.

Degradarea intelectuală în demență nu rezultă deci din crizele paroxistice în sine, cît mai ales prin evoluția leziunilor cerebrale care au declanșat boala.

Etiopatogenia epilepsiei. Se disting epilepsiile simptomatice prin factorii organici decelabili și idiopatice (genuine), în care etiologia încă nu a fost clarificată.

Factorii locali care pot preveca epilepsia sînt: traumismele cranie-cerebrale, procesele inflamatorii meninge-ancefalice, neoformările, afecțiunile parazitare cu localizare cerebrală, bolile degenerative, malformațiile. Leziunile perinatale și cele din mica copilărie dețin o semnificație etiopatogenică majoră.

Factorii de natură generală sînt: intoxicațiile exogene (alcool, plumb și altele), anoxemiile, tulburările metabolice, endocrinene și alergice.

Factorii ereditari sînt amplu incriminați prin mecanisme posibile - atît cu transmitere recesivă, cît și cu genă dominantă (care își modifică penetranța sub influența altergene), dar ceea ce se transmite este pragul sau sensibilitatea convulsivantă a sistemelor neuronale asupra căruia acțio-

nează factorii endo- și exogeni. Deși se cunosc condițiile favorizante ale declanșării crizei epileptice (alcoolul, hipoglicemia, hipocalcemia, hidreemia, modificările biochimice ale sernului, stări febrile, stimularea luminoasă intermitentă, tensiunea psihică), nu sînt încă elucidate mecanismele prin care o leziune cerebrală devine și epileptogenă.

Anatomopatologia epilepsiei evidențiază alterări difuze (glieea stratului plexiform al scoarței, malformații arhitecturale ale cortexului) și leziuni circumscrie sau de focar epileptic, care generează simptomatologia corespunzătoare structurilor funcționale în fazele de epilepsie focală. Caracteristica este scleroza cernului lui Amen (atrofia localizată cu aspect de sclerogilii ce corespund histologic unei glieze reacționale secundare necrozei neuronice). Posibilitatea localizării lezionale aparține explorărilor EEG și EEG.

Examenul EEG în epilepsie a fost amintit la explorările funcționale și în traterea descriptivă a unor forme speciale.

Modificările bioelectrice specifice în epilepsie sunt: complexul virf undă 3 c/s, complexul polivirf undă, traseu hipersarmitic și cel al paroxisimelor.

Modificările bioelectrice nespecifice sînt: paroxismele de virfuri, complexe virf-undă degradate, grupări de unde lente, ample, localizate sau difuze.

Traseul normal în perioada intercritică nu exclude epilepsia, astfel în grad mal între 15-20% poate fi fără modificări. Anomaliile întâlnite se grupează în anomalii lezionale (teta și delta difuze), localizate (teta și delta într-o regiune cerebrală), anomalii paroxistice generalizate (virfuri, polivirfuri, unde lente hipersincrone, complex virf-undă) și localizate într-o regiune sau întreg emisferul. Este nevoie deci de o tratare examinării și de activări care cresc simțitor precizia rezultatelor.

În criza de grad mal, pentru faza tonică sînt caracteristice descărcări de virfuri generalizate, ritmice, sincrone, ample, cu frecvența de 10-12 c/s, în faza clonică bufuri

sfurși întretinute de unde lente, iar postcritic, după 30-30 secunde de liniște electrică, urmează unde lente delta și teta generalizate cu revenire la traseul intercritic.

Diagnosticul epilepsiei se face prin manifestări clinice tipice, caracteristicile tulburărilor paroxistice (debut brusc, durată, repetare stereotipă), aspectul tulburărilor psihice crenice intercritice, anamneza, explorările EEG corelate cu EEG și, în mod necesar, cu tabloul clinic.

Diagnosticul diferențial apare necesar cu stările lipotimice, sincopale cardiocirculatorii, crizele de tetanie, crizele isterice, criza hipoglicemică, convulsiile febrile la copii și este precizat prin explorările clinice și de laborator.

Stabilirea diagnosticului implică precizarea factorului etiologic, pentru care deseori se recurge, în afara examinării clinice și a explorărilor curente, la examenul fundului de ochi, RM, radiografia craniului simplă, EEG, arteriografie, cecenocefalografie, EEG, în condițiile indicate de situația clinică a fiecărui caz.

Evoluția și prognosticul epilepsiei depind de gravitatea leziunilor cerebrale, aplicarea corectă a tratamentului și condițiile de asistență protectivă medico-socială a bolnavului. Evoluția, deși de durată sau cronică, este puternic influențată de aplicarea judicioasă a tratamentului și corecta folosire a mijloacelor de măsură recuperatorii.

Tratamentul vizează cu prioritate fenomenele paroxistice și factorii ce le întrețin.

Profilaxia cuprinde o categorie amplă de măsuri preventive și protective începînd cu asistența maternă-infantilă, cit și a suferințelor cranio-cerebrale din condițiile de viață și muncă.

Tratamentul etiologic este posibil în procesele necrotice, malformații, cicatrice cerebrale. În celelalte situații tratamentul urmărește scăderea reactivității convulsivante a sistemului și influențarea comportamentului de integrare socio-profesională.

Tratamentul medicamentos este individualizat, continuu, adaptat la forma și în raport de apariția crizelor și, iar

înlocuirea unui medicament cu altul să facă treptat (niciodată brusc).

Belnavul, familia și anturajul său trebuie informați asupra tratamentului, pentru a se obține o colaborare la asistarea medicală. Medicamentele recomandate trebuie să fie accesibile, pentru a se asigura continuitatea tratamentului.

Cîteva din principalele preparate antiepileptice, ca și doza lor zilnică (mg/kg corp) și indicațiile privind formele clinice sînt:

- Barbituricele (fenebarbitalul (1-5 mg - crize majore și crize parțiale simple.

- Hidanteinele (feniteiul 4-8 mg - în crize majore și crize parțiale simple și complexe.

- Derivații primidenici (primiden, lyselin, sertan (1-25 mg în crize majore, crize parțiale simple și complexe.

- Succinimidele (sarentin, merfelep 2-3 mg, celentin 1-2 mg) - în toate formele de absențe.

- Benzodiazepine (diazepam, valium, seduxen, nitrazepam 0,15-2 mg - absențe și rău epileptic, iar nitrazepamul în spasmul infanților și crize micolice.

- Oxazolidina (trepal 1-25 mg), în absențele de petit mal.

- Acetilarea (fenacemidul 2-3 mg), în crize parțiale complexe psihomotorii.

În afara medicației anticonvulsivante, se folosesc în tratamentul stărilor delirante și halucinațiilor: clordelazinul, haloperidolul și levomepromazină. În tulburările de comportament se folosesc napotemul, meprobamatul, diazepamul, neuleptilul și leprylul.

Că tratamente asociate la medicația anticonvulsivantă, se folosesc: preparate neuretice, iar ACTH și hormoni suprarenali în hipersaritmie și crizele motorii.

Starea de rău epileptic este gravă și constituie o urgență pentru tratamentul clinic. Belnavul este tratat în cabinetul protectiv, într-o cameră ferită de agitație, cu:

- medicație anticonvulsivantă și sedativă (benzodiazepine

1-2 mg/kg corp, în soluție injectată lent, intravenos; fenebarbital 1-2 mg/kg corp la 4-6 ore; cloralhidrat 3%, pe cale rectală);

- perfuzii lente cu manitol sol. 40%, uree sol. 33%, sulfat

de magneziu sol. 25%, ser gluconat hipertensiv;

- puncție lombară cu extragerea 1-2 cc. lcr;

- protecție cu antipiretice, antibiotice.

Tratamentul neurochirurgical se face în formele în care leziunea este localizată și abordabilă, prin excizie sau coagulare.

Regimul de igienă-dietetic prevede evitarea încălzirii cu lichide și sare, a alcoolului și a condimentelor, care favorizează încălzirea hidrică.

Regimul de viață prevede activități, care exclud eforturile cu hiperpnée, solicitările cu tensiune psihică și stările conflictuale, activitățile care expun la riscuri în eventualitatea unei crize.

Orientarea profesională și socială include toate aceste activități (conducerea vehiculelor, angrenaje mecanizate, activități în înălțimi, prestații cu arme de foc).

Asistența belnavului epileptic este o acțiune medico-socială complexă, cu desfășurarea în timp și la care sînt antrenate în egală măsură belnavul, familia sa și grupul în care trăiește.

TULBURARI PSIHICE ALE GRAVIDO-PUERPERALITATII

Tulburările psihice din cursul gravidității și puerperalității sînt reprezentate printr-o simptomatologie psihică de intensitate și durată, care evoluează în legătură directă cu modificările complexe endocrine-metabolice și psiho-sociale ale maternității.

Preocuparea pentru problemele legate de evoluția sarcinii datează încă din antichitate, tulburările psihice fiind descrise de Hipocrate, Galenus, Serenus. În anul 1858 Marcé realizează primul studiu etiopatogenic asupra psihezelor puerperale, subliniind individualitatea lor, deși neagă specificitatea simptomatologiei. Această contradicție asupra manifestărilor psihepatologice se menține și în prezent, astfel încît o serie de autori ca Sivaden, Delay, Schneider, Hamilton, Brisset consideră tulburările psihice legate de maternitate ca entități clinice de sine stătătoare, cu simptomatologie proprie, în timp ce alți autori ca Brew, Seidenberg, Kline, Ostwald, Regan, Danie ls, Lesnew le apreciază aparținînd patologiei psihiatrice generale, fiind declanșate de sarcină, avort, sau alăptare.

Epidemiologie. Dacă autorii clasici, în estimările epidemiologice, luau în considerare numai tulburările psihice de intensitate psihică (psihezele puerperale), la ora actuală în parerea gravidității, puerperalității și lactației se pot descrie:

1. modificări psihelelogice
2. tulburări nevretiforme
3. tulburări psihetiforme

Frecvența psihezelor puerperale este apreciată la 4% din numărul femeilor internate în spitalele de psihiatrie și

la 1% din numărul total al gestantelor. Vîrsta de apariție este între 25-35 ani, cu precizarea că psihezele puerperale sînt mai frecvente la primiparele în vîrstă, psihezele gravidice la multipare, iar psihezele postpartum la primipare. De asemenea, tulburările psihice de intensitate psihică din postpartum sînt predominante (98%), comparativ cu cele din graviditate (2%).

Etiopatogenia tulburărilor psihice legate de maternitate este complexă prin interferența factorilor biologiciei, psihelelogiei și sociali. Principali factori etiologici incriminați în determinarea multifactorială sînt reprezentați de factorii ereditari și constituționali, psihosociale, endocrin, ca și rolul infecției. Se poate constata în prezent scăderea rolului etiologic al infecției, toxemiei gravidice și condiției somatice în favoarea factorilor eredo-constituționali, endocrin, psihelelogiei și sociali.

Forme clinice, Simptomatologie

Varietatea tulburărilor psihice al gravide-puerperalității implică diferențierea lor în raport cu evoluția sarcinii și momentul nașterii, putînd fi clasificate în:

- I Tulburări psihice al gravidității;
- II Tulburări psihice al postpartumului precoce;
- III Tulburări psihice ale postpartumului tardiv sau de lactație;
- IV Tulburări psihice postpartum

I. Tulburări psihice ale gravidității

1. Modificări psihofiziologice, care pot apare în tot cursul sarcinii și se manifestă prin:

• tulburări senzitive: scăderea pragului sensibilității generale (reactivitate exagerată la excitanți senzitive-sensoriali, parezii, capricii și extravagante culinare sau bulimie);

• scăderea pragului de toleranță la frustrare: reacții disproporționate și contradictorii, iritabilitate, irascibilitate, instabilitatea atitudinii, impulsivitate și tendințe agresive, exagerarea orgeliului și imaginației cu interpretări eronate (melomania și cleptomania gravidică);

* modificări cognitive: lăteare ideatorie discretă, amnezia de fixare, labilitatea atenției;
 * modificări instinctiv-afective: labilitate afectivă, anxietate, tulburări de libidou și apetit alimentar;
 * tulburări somatice: astenie, somnolență, algiile pelvine, diaree, tulburări de tranzit, grețuri și vărsături.

2. Tulburări nevrotiforme - predomină în primele luni sarcinii și se pot grupa în următoarele sindroame:

a) Sindromul obsesiv - se caracterizează prin seriositate, meticulozitate, dubitații și verificări repetate, ritualuri și idei obsedante, grija exagerată pentru predusul de concepție.

b) Sindromul febic - se caracterizează prin febră la începutul evoluției sarcinii, a nașterii și de aspectul fizic al copilului, antreprefeție, oclaustrafebie, agorafobie, compulsiuni.

c) Sindromul histeriform - se manifestă prin cereri insistente și revedicative de considerație și atenție, tendință exagerată de a plăcea, de a fi în centrul atenției.

3. Manifestări psihotiforme - sînt mai rare și apar în a doua jumătate a sarcinii. Se manifestă sub forma unor stări depresiv-melancolice. Fecare rar pot apare stări confuzionale, stări maniacale, psihopelnevrita gravidică, epilepsia și cerebra gravidică.

II. Tulburări psihice ale postpartumului precoce.

Se manifestă în primele 6 săptămîni de la naștere, au un debut brusc și se pot clasifica în următoarele forme clinice:

1. Stări confuzionale - au la bază o etiologie multifactorială și prin derechilibrul hidroelectrolitic. Debutază brusc la 3-a și a 14-a zi de la naștere sau, uneori, printr-o simptomatologie nevrotiformă care este repede învadată de manifestări confuzive: ridicarea pragului perceptiv-senzorial, dificultăți de identificare, false recunoașteri, ennuhilare, dezorientare temporară spațială și la propria persoană, halucinații auditive și vizuale cu conținut amiric și terifiant, care determină o stare de anxietate manifestă și perplexitate. Simptomatologia este variabilă, realizînd tablouri clinice polimerfe de aspect melancolic, maniacal sau catatonic. Evoluția este în general bună, cu un

prognostic favorabil.

2. Stări delirante acute - evaluează în continuarea manifestărilor confuzionale sau independent de acestea, debutînd prin impresia de straniețate, depersonalizare și derealizare. Pe acest fundal, apar idei delirante de persecuție, prejudiciu sau negație, deliruri halab structurate, trăite dramatic și terifiant, care pot induce o stare afectivă psihotică de celeratură depresivă.

3. Stări afective psihotice - apar consecutiv stărilor confuzionale sau delirante, debutînd către sfîrșitul postpartumului precoce, cu evoluție și în postpartumul tardiv (perioada de lactație).

a) Stările depresive de intensitate psihotică debutează gradat, prin inhibiție psihomotorie, însemnii, anxietate și durere morală. Pe acest fond hipertimic negativ apar idei delirante de culpabilitate, autoacuzare și autelicio, focalizate asupra maternității și procesului de concepție, care pot induce tendințe de infanticid sau „suicidul în doi”.

b) Stările maniacale, mai rare, debutează mai precoce, în continuarea stării confuzionale, fiind denumite și stări confuzio-maniacale. Simptomatologia este marcată prin euforie, fugă de idei, însemnii, agresivitate, lipsă de pudoare.

4. Stări schizofreniforme - apar prin organizarea psihopatologică a ideilor delirante anterioare, către sfîrșitul postpartumului precoce (4-6 săptămîni de la naștere) și au o durată de 6-8 luni, putînd evolua spre atenuare progresivă și remisiune. Conduita se modifică în sens autist cu bizarerii, irgilitate și răcoală afectivă, impulsivitate sau agresivitate. Apar idei delirante, alab sistematizate, de persecuție, gelozie sau hipecondriac. Există încă discuții și ipoteze dacă stările schizofreniforme pot fi considerate „schizofrenii puerperale” sau „schizofrenii endogene” relevate de grăvide-puerperalitate.

III. Tulburări psihice ale postpartumului tardiv sau de lactație

Sînt mai rare decît tulburările postpartumului precoce și apar între săptămîna a 6-a și sfîrșitul lunii, a 4-a sau chiar pînă la un an, în cazul alăptării tardive. Se pot clasifica în:

1. Tulburări nevretiforme - sînt cele mai frecvente și se manifestă prin stări depresive de intensitate nevrotică, stări obsesive-efebice sau histeriforme pe fond neurasteniform. Etiopatia lor este incriminată scăderea rezistenței fizice și psihice determinată de eforturile impuse de sarcină, puerperiu și alăptarea prelungită.

2. Tulburări de intensitate psihetică - îmbracă aspectul schizofreniform sau al depresiei de intensitate psihetică, fără a se deosebi esențial de tulburările corespunzătoare ale perioadei puerperale.

IV. Tulburările psihice postpartum

Sînt consecutiv unui avort spontan sau, mai frecvent, unui avort preveocat. În etiopatia lor nu este implicat avortul în sine, ci mai ales contextul psihosocial al acestui eveniment traumatizant. Simptomatologia este asemănătoare tulburărilor din postpartum, putînd avea un aspect nevrotiform sau hipertonie depresiv cu idei delirante, culpabilitate și autopsichism.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe:

- apariția tulburărilor psihice de intensitate și durată variabilă legate evident de graviditate-puerperalitate;
- absența antecedentelor psihiatrice;
- relevarea evoluției lor și în perioadele puerperale anterioare;
- evoluția transitorie și prognosticul favorabil.

Diagnosticul diferențial este necesar cu tulburările psihice de intensitate nevrotică și psihetică ce nu sînt legate de maternitate și în mod deosebit cu:

- tulburări psihice predominant exogene cu altă etiologie;
- epilepsia;
- tromboflebita cerebrală.

Evoluție și prognostic

Tulburările psihice de intensitate nevrotică din perioada gravidității și postpartum au, în general, o evoluție

favorabilă spre remisiune și un prognostic bun, deși unele pot evolua spre cronicizare cu sechele de tip nevrotic sau spre organizare procesuală, avînd prognosticul nevrozelor, raportat la personalitatea premerbidă.

Tulburările psihice de intensitate psihetică din graviditate au o evoluție favorabilă și un prognostic bun, rareori prelungindu-se în postpartum.

Tulburările psihotiforme din postpartum se pot aprecia diferențiat: stările confuzionale au evoluția cea mai scurtă și prognosticul cel mai bun, în timp ce stările delirante, schizofreniforme sau afective de intensitate psihetică au un prognostic mai rezervat, evoluția lor confundîndu-se cu cea a psihozelor endogene corespunzătoare.

Într-o apreciere globală se poate considera că, în condițiile terapeutice actuale, 15% din tulburările psihotiforme sînt susceptibile de sechele nevrotice (hipocendriace, obsesive-efebice sau histeriforme), 7% evoluează spre cronicizare, 2% pot avea o evoluție demențială.

Tratamentul tulburărilor psihice legate de maternitate implică o mare variabilitate, în raport de complexitatea etiopatogenică diferențindu-se terapia hormonală, antibioticoterapia, reechilibrarea hidroelectrolitică. Totuși, terapia psihotropă este considerată ca cea mai eficientă, impunîndu-se totodată evitarea administrării neurolepticelor și tranchilizantelor în primele luni de sarcină.

Tratamentul tulburărilor nevretiforme este în primul rînd psihoterapeutic, medicația fiind utilizată cît mai puțin posibil, mai ales în primele luni de sarcină. Psihozele gravidice, mai ales la sfîrșitul sarcinii, pot beneficia de medicație neuroleptică și antidepressivă. Psihozele postpartum beneficiază de terapie complexă, biologică, psihoterapeutică și de reechilibrare endocrin-metabolică.

TULBURARI PSIHICE IN BOLE ENDOCRINE

Frecvența tulburărilor psihice în bolile endocrine și corelațiile psihoendocrinologice reprezintă un vast domeniu în care prioritățile cercetării rămănești de medicină sînt deschise de către C.I.Parhen prin publicarea în anul 1910 a studiului referitor la „R aportul glandelor endocrine cu patologia mintală”.

Tulburările psihice din bolile endocrine pot fi definite ca manifestări psihopatologice de intensitate și oclatură variabilă, determinate de interrelațiile complexe psiho-neuro-endocrinologice. Elementele definitorii pentru diagnostic constau în asocierea tulburărilor psihice și simptomatologiei clinice specifice disfuncției endocrine, evidențierea disfuncției hormonale. Formele clinice și evoluția sînt dependente de glanda endocrină afectată, hiper- sau hiperfuncția sa.

Afecțiunile hipofizare macroadenom (acromegalie, gigantism), microadenom (nanismul hipofizar), insuficiența hipofizară, sindromul hipofizogenital, diabetul insipid și tireidiene (hipertireoidie, boala Basedow, hipotireoidie, mixedem) se caracterizează prin tulburări psihice nespecifice ca astenie, fatigabilitate, apatie, tulburări de somn, precum și prin episoade enire-confuzive, halucinații, excitație psihomotorie și tulburări psihotice de tip maniac-depresiv.

Manifestările psihice după tireiectomie pot fi precoce, avînd o intensitate psihotică, sau tardive, de intensitate nevrotică și, mai rar, sub forma unor accese psihotice melancolice, maniacoale, sau delirante. Tulburările psihice precoce sînt de alură paroxistică enire-confuziv sau delirant-halucinațor.

Tulburările psihice din hiperparatireoidie sînt polimorfe, putînd fi sistematizate în tulburări nevretiforme și psihotice manifestate prin stări confuzionale cu elemente pa-

leproductive și episoade delirante.

În hiperparatireoidie (tetanie, spasme filie) frecvența și acuitatea tulburărilor psihice este mai mare decît în hiperparatireoidie, putînd fi diferențiate în:

- tulburări nevretiforme manifestate prin anxietate, depresie, labilitate emetivă, iritabilitate, insonnii și tulburări vegetative;

- tulburări psihopatoide cu insuficiență cognitivă, mai accentuată dacă boala apare în copilărie;

- tulburări psihotice de aspect enire-confuziv.

Tulburările psihice în bolile glandei suprarenale se diferențiază în raport de afectarea medulei suprarenale, corticei suprarenale și în cursul tratamentului cu A.C.T.H. și corticoidi suprarenali.

În hiperfuncția medulei suprarenale (sindromul hipercatecolaminic) tulburările psihice sînt secundare hipertensiunii arteriale, paroxistice ce poate atinge valori foarte mari și se illustrează prin neliniște, anxietate, agitație pînă la fenomene delirante și stare confuzională.

În insuficiența corticei suprarenale (boala Addison) tulburările psihice pot fi de tip neurasteniform sau depresiv, iar în stadiul final pot apare fenomene enire-delirante.

În hiperfuncția corticei suprarenale, tulburările nevretiforme sînt frecvente, semnalîndu-se și stări psihotice de tip maniac-depresiv cu elemente delirante de autoacuzare, persecuție și hipocendriace.

Tulburările psihice din cursul tratamentelor cu A.C.T.H. și corticoidi suprarenali se caracterizează în fazele inițiale prin euforie și creșterea randamentului, concomitent cu reducerea somnului, fără fenomene de obesaie, intricată cu stări de excitație hipomaniacală ce pot evolua pînă la stări hipertimice de intensitate psihotică cu risc satelit, bufeuri delirante și fenomene halucinațor.

Tulburările psihice în bolile pancreasului endocrin se manifestă atît în hiperinsulinism (sindromul hipoglicemic), cît și în hipoinsulinism (diabetul zaharat).

Hiperinsulinismul (sindromul hipoglicemic pancreatic) se exprimă clinic prin hipoglicemie și tulburări neuropsihice

reunite în sindromul hipoglicemic manifestat prin: tulburări psihice (fatigabilitate, somnolență, hipemnezie, bradipsihie, incoerență, ideaterie, dezorientare alle- și autopsihică, confuzie pe fondul căreia pot apărea neliniște, irascibilitate, impulsivitate, agitație, care se disolvă însă în stare comatoasă ce poate fi precedată de convulsii, tulburări vegetative (paleare, midriază, palpitații, tahicardie, tremurături, transpirații) și tulburări neurelogice (hiperexcitabilitate neuremusculară, tulburări de vedere, semnul Babinski).

În hipoinsulinism (diabetul zaharat), evoluția cronică a bolii poate imprima bolnavilor anumite trăsături de personalitate, care se manifestă prin elemente nevrotiforme sau psihopatiforme și, uneori, prin tulburări psihotiforme, depresiv-anxioase sau obsesional-delirante.

Tulburările psihice în disordinele genadice sînt variate și polimerfe, în raport de sex, vîrstă, de insuficiență sau excesul hormonal, melitar sau în constelație ca în cazul menopauzei.

Diagnosticul pozitiv necesită evidențierea tulburărilor psihice asociate la simptomatologia clinică și modificările umorale specifice disfuncției endocrine. Investigațiile paraclinice vizează explorările curente, metabolismul bazal, e.a.g., examenul de fund de ochi, radiografia șei turce, scintigrafie, dozările hormonale.

Diagnosticul diferențial se impune cu tulburările psihice corespunzătoare dar de altă etiologie, care evoluează independent de disfuncția endocrină.

Evoluția și prognosticul tulburărilor psihice din bolile endocrine depind de tratamentul etiologic al disfuncției endocrine, dar și de structura de personalitate și modul de reacție a bolnavului față de suferința sa. Totodată, durata tulburărilor endocrine-metabolice, precum și nivelul posibilităților de abordare etiologică sînt factori care influențează atât manifestările clinice ale tulburărilor psihice, cît și evoluția și prognosticul lor.

Tratamentul este axat pe factorii etiologici și manifestările simptomatice, vizînd tulburările psihice prin abordare medicamentoasă și psihoterapică, în raport de intensitatea simptomatologiei. Tratamentul etiologic (substitutiv, inhibitor sau litic)

necesită control clinic de specialitate în asistența dispensariată.

Tratamentul tulburărilor psihice din bolile endocrine vizează toată gama medicației psihotrope (sedative, anxiolitice, anti-depresive, psihostimulante sau neureaptice), în funcție de tabloul clinic și fondul pe care acestea evoluează. Asocierea tratamentului specific în corectarea disfuncției endocrine face necesară aprecierea interacțiunilor medicamentoase și evaluarea stadiului evolutiv al afecțiunii.

TULBURARI PSIHICE IN AFECTIUNI SOMATICE

Se poate apare în cursul unor afecțiuni organice sau sistemice, al unor boli metabolice sau neurologice. Simptomatologia este polimerică și variabilă, de intensitate nevrotică, psihotică sau prin modificări ale cîmpului conștiinței, fiind predominată de anxietate/angoasă sau fenomene eniro-confuzive.

În general se caracterizează prin:

- tulburări psihice polimerice și de intensitate variabilă;
- debutul și evoluția simptomatologiei pe fondul suferinței viscero-metabolice sau neurologice;
- examene paraclinice și de laborator caracteristice;
- evoluție condiționată de tratamentul etiopatogenic.

BOLILE CARDIO-VASCULARE. Intensitatea tulburărilor psihice este diferită în raport de afectarea organică ce poate fi cronică sau acută, cu evoluție rapidă, prelungită sau cronicizată.

Infarctul de miocard se caracterizează în faza acută prin anxietate manifestă, panică, senzația de moarte iminentă, excitație sau inhibiție psihomotorie, uneori convulsii și comă sau stare confuzională cu stupor sau agitație și delir oniric; în faza de convalescență - stări asteno-depresive, hipoprosexie, hipemnezie și scăderea randamentului.

Hipertensiunea arterială esențială este acompaniată de simptomatologie nevrotică și episoade confuzionale transitorii (claudicația cerebrală intermitentă). În encefalopatia hipertensivă simptomatologia este agravată prin crize convulsive generalizate, tulburări de conștiință și personalitate, tulburări neurologice de focar (nistagmus, cecitate psihică, scăderea forței musculare, hemipareză, hemiplegii).

Insuficiența cardiacă (valvulopatii, cardiopatii) induce stări de anxietate, insomnii și îngustarea cîmpului conștiinței pînă la episoade eniro-confuzive.

În sindromul Adams-Stokes (blec atrioventricular, blec total de ramură) pot apare sincope provocate de bradicardie cu durate lungi (peste 3-5 sec.), care determină o ischemie cerebrală pînă la crize paroxistice de tip cemic.

ASTMUL BRONSIC poate fi declanșat și întreținut prin factori psihogeni, chiar dacă factorul psihostressant a încetat să mai acționeze, modelul fiziopatologic fiind realizat de sindromul de „supra-adaptare” (Selye). Centrii nervoși diencefalice, alături de factorii alergici dețin o pondere importantă în declanșarea, întreținerea și evoluția fenomenelor astmatiforme, fapt demonstrat de asocierea tulburărilor de somn, apetit și ale echilibrului endocrine-metabolic și termic.

În TUBERCULOZA PULMONARĂ simptomatologia psihogenă este întîlnită în toate stadiile bolii, mai caracteristice fiind sindromul iritabil, refuzul și opoziția la tratament. De asemenea, în cursul tratamentelor cu tuberculestatice (isoniazidă, cicloserină), pot apare tulburări psihice de tip hipertimic. Meningita tuberculoasă poate fi precedată de modificări ale dispoziției și ale asterului, perleada de stare caracterizîndu-se prin fenomene eniro-confuzive.

AFEC TIUNILE GASTRO-INTESTINALE și indeosebi boala ulceroasă și celepatiile cronice realizează o sindromatică psihosenzitivă trenantă cu predominanța ceneestepatiilor pînă la delir hipocendriac sau rectocolită hemeragică.

În INSUFICIENȚA HEPATICĂ se întîlnește frecvent stare de astenie și fatigabilitate, precum și tulburări de conștiință de intensitate variabilă.

UREMIA RENALĂ, sînt caracteristice starea de apatie, semnele de letargie, fenomene eniro-confuzive și, uneori, crize epileptiforme.

BOLILE DE NUTRIȚIE SAU CARENTIALE se caracterizează printr-o simptomatologie polimerică, de la apatie pînă la stări de epuizare și eniro-confuzive, ca în cazul pelagrei, gușii endemice, avitaminozelor (B₁, B₆, B₁₂, acid folic, PP).

HEMOPATIILE. În anemiile grave, anxia cerebrală determină o stare de confuzie mintală. Tulburările psihice pot fi

grave în marile hemeragii, iar în poliglobulii se pot întâlni diaprosexii și diamezii. În boala Vaquez și procesele ASC dominante la nivelul poligonului Willis se descriu, ca manifestări particulare, crizele de narcolepsie și cataplexia. În porfria acută intermitentă, tulburările psihice variază de la tulburări histeriforme până la bufee de agitație psihomotorie și stări confuzionale.

În REUMATISMUL CRONIC, algiiile, impotența funcțională, deformările articulare și fenomenele degenerative pot determina fenomene de angoasă (Keupernik) și, mai rar, tulburări psihotice. El poate realiza tulburări de caracter, reacții histeriforme, depresii și fenomene delirante. Cervicartrozele sunt acompaniate de cefalee și vertij (sindromul Barré Lieu), precum și de o simptomatologie nevrotiformă sau episoade de angoasă cu sau fără fenomene de ebnubilarie a conștiinței și tulburări vegetative.

AFECTIUNILE DERMATOLOGICE se diferențiază în cadrul patologiei generale prin relația recunoscută dintre factorii psihostresanți, diencefal și unele boli ale pielii ca urticaria, lichen plan, dishidrozis, alopecie în plăci, eczema, prurit, melanoni, ihtiozis congenital.

AFECTIUNILE OCULARE (în special strabismul, glaucomul, miopia, hiperopia, astigmatismul, cataracta, etc.) realizează frecvent sindroame psihosomatice cu celeritate depresivă.

HELMINTIAZELE (oxiurază, ascaridiază, teniază, chist hidatic) pot determina, în special la copii, crize epileptiforme și stări de astenie iritabilă.

BOLILE NEUROLOGICE DEGENERATIVE ca boala Parkinson, scleroza în plăci, scleroza multiplă, (leuconevrită), degenerescența hepatolenticulară, coreea cronică Huntington, boala Jakob-Kreutzfeldt realizează tulburări psihice predominante de instabilitate afectivă și modificări comportamentale, acompaniate adeseori de deteriorare cognitivă cu evoluție demențială.

BOALA CANCEROASA poate induce dezvoltarea unor tulburări psihice în funcție de localizarea procesului neoplazic sau de caracter psihogen reactiv, prin reprezentarea în câmpul conștiinței a gravității bolii.

În elaborarea diagnosticului pozitiv al tulburărilor psihice din afecțiunile viscero-metabolice și neurologice

este necesară aprecierea corelației dintre manifestările psihopatologice, tulburările somatice și modificările unor examene paraclinice (radiologice, oftalmologice, e.k.g., e.e.g., scintigrafie etc.) și investigații de laborator. De asemenea se va stabili condiționarea debutului și evoluției manifestărilor psihice în contextul afecțiunii somato-viscerale.

Diagnosticul diferențial este necesar datorită polimerismului, variabilității și complexității tulburărilor psihice care se situează în context somatogen, implicând luarea în discuție a majorității entităților psihiatrice. Asocierea cu manifestările clinice somatice și identificarea acestora prin examinări clinice și paraclinice permite precizări etiopatogenice și corelarea diagnostică. Astfel, diagnosticul diferențial se impune cu sindroamele psihice care acompaniază afecțiuni de alte etiologii și/sau cu tulburările psihice de intensitate nevrotică sau psihotică. În mod diferențiat și în raport de intensitatea simptomatologiei sau formelor de manifestare, se vor avea în vedere stări de intoxicație, infecțiile intracraniene, encefalopatiile de altă origine, tumorile cerebrale, demența senilă și demențele de alte cauze.

Evoluția și prognosticul tulburărilor psihice din afecțiunile somatice sunt legate de tulburările viscero-metabolice, gravitatea, durata și intensitatea lor, ele ameliorându-se sau agravându-se odată cu acestea.

Caracterul cronic și durata îndelungată de evoluție a afecțiilor cardio-vasculare, hematologice, pulmonare, gastro-intestinale, renale, dermatologice, reumatismale, carentiale sau neurologice determină cronicizarea tulburărilor psihice, în special de intensitate nevrotică. Episoadele confuzionale, delirante acute sau crize convulsivante se remit odată cu fazele acute ale suferinței organice, dar se pot repeta în cazul unor noi decompensări. Afecțiile sistemului nervos din cursul evoluției unor boli, precum și unii factori organici cerebrali sau sechelele neurologice pot determina grade diferite de deteriorare și invalidare cu agravarea prognosticului.

Tratamentul tulburărilor psihice din afecțiunile somatice vizează o abordare etiopatogenică și simptomatică. Paralel cu tratamentul tulburărilor viscero-metabolice sau neurologice, ad-

ministrarea medicației psihotrope-anxiolitice,antidepresive și mai ales neuroleptice necesită prudență în aprecierea indicațiilor,contraindicațiilor,efectelor secundare,interacțiunilor,medicamentease și influenței exercitate asupra fondului somatic.Poaterapia,ca și dispensarizarea bolilor cu evoluție cronică reprezintă factori de o deosebită importanță,care conturează caracterul complex al atitudinii terapeutice în tulburările psihice din bolile somatice.

ELEMENTE DE GERONTOPSIHIATRIE

(PSIHOPATOLOGIA PERIOADELOR DE VIRSTA ÎNĂINTATĂ)

ASPECTE GENERALE. Psihopatologia vîrstelor înaintate constituie o importantă problemă medico-socială.Modernizarea condițiilor de viață și progresul civilizației noastre au determinat schimbarea indicilor demografici prin creșterea procentuală a populației de vîrstă înaintată și,în consecință,un volum crescut de asistență medicală pentru frecvența sindroamelor psihopatologice.

Studiul genezei îmbătrînirii,al particularităților biologice,cît și al cauzelor care o determină,devine util pentru elaborarea măsurilor de asistență medicală a îmbătrînirii patologice.

Modificările structurale și funcționale ale celulelor,tesuturilor și organelor în perioada de îmbătrînire duc și la modificări ale personalității.Acest proces apare ca natural și fiziologic,spre deosebire de îmbătrînirea timpurie și dizastenică determinată de cauzele patologice.Înaintarea în vîrstă sau cronogeneza este sistematizată după etapele de vîrstă în: vîrsta mijlocie,vîrsta înaintată (60-75 ani) și bătrînețea propriu-zisă(peste 75 ani).Această sistematizare marcată de cronologia anilor servește și gerontopsihiatriei,care se referă la tulburările psihice,deci la aspectele patologice ale îmbătrînirii(senilității),semnificația fiind considerată o etapă firească a vieții.

Senilitatea denumită și perioada de involuție distinge etapele de presenilitate sau preinvoluție și involuția propriu-zisă.

În îmbătrînirea naturală sau senescența,cu toate particularitățile funcționale de vîrstă,sistemul nervos are capaci-

tatea să asigure mecanismele homeostazice prin încetinirea și limitarea armonioasă a funcțiilor organismului, asigurându-le capacitatea de adaptare la noua situație.

Senescența este un proces biologic și diferențierea sa de particularitățile vârstei adulte include caracteristici fiziologice, psihologice și nu patologice.

În îmbătrânirea patologică apar perturbări ale funcțiilor compensatorii și de apărare ale organismului. Ea este favorizată de îmbolnăviri cronice, tulburări endocrine și metabolice, tare ereditare, nerespectarea regulilor de igienă, deasemenea de factori negativi (psihotraumatizanți) de viață.

Cunoașterea tabloului clinic și a semnificației prognostice a unor manifestări psihepatologice legate de vârstele înaintate, orientează medicul practician în conduita sa terapeutică și în stabilirea unei corecte atitudini medico-sociale.

Perioada de involuție cu debutul de presenilitate admite a fi situată la limitele de vîrstă de 45-50 ani.

Din punct de vedere clinic, senilitatea este dominată de aspectul declinului progresiv al funcțiilor intelectuale, al aptitudinilor și al afectivității, precum și de aspectul reacțional pe care îl manifestă persoana în cauză față de regresul funcțiilor sale. Climacteriul, fără a fi o perioadă definită pentru psihepatologia înaintării în vîrstă, constituie, îndeosebi pentru sexul feminin o etapă critică de anunț al senescenței. Modificările diencefale-hipofize-evariene din această etapă explică tulburările emetive-vegetative ca și modificările comportamentale, fără a fi prin aceasta sursa unor tulburări psihotice.

În perioadele îmbătrînirii, aspectul general somatic se modifică, pielea își pierde elasticitatea, se ridează, apar varietățile, părul albește. Forța de muncă desorește, se înalță mai repede obosala musculară, scade abilitatea manuală și ritmul susținut de muncă.

Funcțiile senzoriale își pierd acuitatea, apare scăderea de acomodare a vederii și pierderea pragului optim auditiv. Modificările funcțiilor intelectuale se manifestă prin diminuarea memoriei de fixare și de evocare a faptelor recente, imaginația și atenția devin mai șterse, efortul intelectual

este mai greu de susținut, scade inițiativa și curiozitatea intelectuală. Starea afectivă este dominată de o tristețe vagă și de iritabilitate. Datorită diminuării capacității de muncă și a capacității de adaptare la situații noi se modifică treptat atitudinea față de relațiile sociale, familiale și ale mediului de existență. Modificările descrise nu apar în aceeași perioadă cronologică la toate persoanele, fiind subordonate unor numeroși factori biopsihologici și de educație. De asemenea, atitudinea față de procesul fiziologic al propriei îmbătrîniri poate fi de revoltă, refuz, înțelegere sau depresie.

Înaintarea în vîrstă subliniază trăsăturile descrise, ducînd la o stare de inerție psihică.

Facultățile intelectuale își pierd spontaneitatea și sînt lipsite de mobilitate. Apare o reală dificultate în achiziționarea cunoștințelor noi și o stare de inferioritate, de dificultate în fața situațiilor noi. Afectivitatea se restrînge în sentimente egocentrice și scade controlul reacțiilor emetive. În mod compensator, devine manifestă atitudinea de rezistență față de tendințele învătare ale altor persoane, apare tendința de exprimare a propriei autorități, cu retrăirea emotivă a trecutului. Pentru a-și garanta siguranța materială, persoanele la această vîrstă înaintată devin egoiste, cu exclusiv simț al proprietății, pînă la avarie absurdă.

Din punct de vedere biologic, înaintarea în vîrstă se însoțește de modificări tisulare, celulare, biochimice și moleculare. Modificările tisulare constau în atrofia și reducerea numerică a celulelor din parenchimul nobil (esteopereză, atrofia mușchilor striati, reducerea neuronilor) și proliferarea țesutului interstițial. În scoarța cerebrală rarefierea neuronilor și proliferarea oligodendroglii se însoțește, din punct de vedere citologic, de diminuarea corpurilor NISL, supraîncărcare lipidică și pigmentară, cu rarefierea proteoplazmei.

Modificările biochimice sînt mai evidente decît cele morfologice, astfel scade volumul apei intracelulare, iar în țesuturi se constată o creștere a sodiului, clorului, calciului, cu scăderea potasiului, magneziului și fierului. Variațiile electrolitice sînt mai puțin însemnate în creier față de celelalte organe. Activitatea enzimatică scade, îndeosebi activitatea lipa-

zică, determinând supraîncălzirea lipoidică. Prin scăderea consumului de oxigen în creier și a oxidării tisulare, metabolismul bazal cedează; de asemenea, scade sinteza proteinelor, țesuturilor suferind un proces de abiotrofie.

Tulburările biologice legate de vîrstă înaintată permit o înțelegere mai completă a tulburărilor psihice, care pot fi determinate de perturbarea funcțiilor de compensare a organismului sau de procesul lezional progresiv al celulelor cerebrale.

Asistența medico-socială a persoanelor înaintate în vîrstă, avînd tulburări psihice, este strîns legată de stabilirea precoce a diagnosticului și a tratamentului. Asistența medicală este orientată de caracterul manifestărilor psihopatologice, care pot avea aspectul unor stări nevrotice, maniace-depresive sau delirante, fără tulburări progresive ale funcțiilor de cuneagtere către demență sau dimpetrivă, prezintă aspect de demențiere. Această ultimă situație impune diferențierea demenței ce se dezvoltă pe fond arteriopatic, cu demența prin proces atrofie cerebral, ce se poate instala din presenilitate.

Clasificarea tulburărilor psihice se poate face în:

- A. Sindroame nevrotice și psihopatice de presenilitate.
- B. Psihozele și demențele de presenilitate.
- C. Psihozele și demențele senile.
- D. Sindroamele nevrotice, psihopatice, psihozele și demențele de natură predominant vasculară.

A. Sindroamele nevrotice și psihopatice de presenilitate

Remarcăm frecvența mare de consultații medicale pe care le solitează femeile cu tulburări nevrotice apărute în timpul perioadelor de menopauză. Perturbările endocrine, determinate în această perioadă a vieții de involuție gonadală, pot fi însoțite de diabet, hipertireoidie alături de hipertensiune, artroză, osteoporoze și fenomene generale de îmbătrînire. Fără a avea o semnificație patologică prin ea însăși, menopauza poate determina un teren patologic care favorizează apariția decompensărilor psihice, chiar sub influența unor factori subliminari. În acest sens, tulburările psihice pot evolua pe fondul dezechilibrului endocrin, a fenomenului de involuție generală, la care trebuiesc luate în considerație te-

mul premorbid și modul de reacție psihică a fiecărei persoane față de adaptarea sa la o nouă situație biologică.

Sindroamele nevrotice ale menopauzei prezintă variate forme clinice, cel mai des dominate de o mare labilitate emoțională, hiperemotivitate și iritabilitate crescută, însoțite de astenie, depresie, cefalee și insomnii. Tulburările vegetative exprimate prin bufee de căldură, vertijă, cefalee, contribuie la instaurarea unei dispoziții generale de tristețe și anxietate. Comportamentul sexual se modifică fie prin scăderea libidoului sau frigidi-tate, fie mai rar prin creșterea sa, însoțită de gelozie și atitudini pasionale.

În cursul menopauzei, pot apărea semne fizice de virili-zare (cu creșterea 17-testosteronilor), care se însoțesc de modificări ale comportamentului, instabilitate emoțională, cu exaltări afective sau mistice, atitudini de autoritate și uneori modificări ale comportamentului sexual sau tendințe deviate.

Polimorfismul unor tulburări psihice mai poate lua aspectul histeriform, cu tendință la structurarea unor crize dramatizate, elementul declanșator fiind de regulă o contrarie-tate subiectivă.

Alături de acușele permanente de astenie fizică, tulburările vegetative și instabilitatea emoțională, apar mitoma-nia, atitudinile bizare, fabulările și reacțiile de paroxism, cu neutralizarea suferinței.

Existența unor antecedente psihaștenice poate agrava, în cursul menopauzei, manifestările obsesivo-fobice, pînă la as-pectul unor veritabile crize obsesive; de asemenea existența unor antecedente în care predomina incapacitatea frenatorie a reacțiilor impulsive se poate exacerba prin crize dipsomani-ace, coprolaliice, furturi, explozii de violență.

Intensitatea reacțiilor psihice dezvoltate pe fondul organic al tulburărilor legate de menopauză poate ajunge pînă la aspectul psihotic cu diferite forme clinice, în raport de patogenoteologia dominantă.

Aceste sindroame psiheendocrinice pot avea agravări de intensitate psihotică, fără evoluție durabilă, dar uneori organizarea lor psihotică se evidențiază prin debutul de sindroame nevrotice sau psihotice, dar avînd cu totul o problemă de cadru nosologic.

Reacțiile maniaco-depresive au aspectul melancoliei sau exaltației maniacoale din vîrstă involutivă. Ele pot evolua sub forma unor pusee acute de exaltație maniacoală însoțită de tulburări impulsive către erotism.

Reacțiile delirante evoluează în pusee acute sau persistente o perioadă mai lungă de timp. Conținutul lor se caracterizează prin intensitatea coloraturii afective, avînd un fond tematic pasional, de gelozie și pot fi însoțite de strîmtoarea cîmpului de conștiință, cu halucinații auditive și vizuale, uneori cu stări onirice.

Perioada de involuție genadală mai poate coincide cu debutul unor crize comitiale la persoane care nu le prezintă în antecedente.

În aceste cazuri, rolul terenului, eventualitatea unei leziuni latente, ca și importanța modificărilor neuroendocrine constituie indicația unor explorări medicale complexe, pentru a putea diferenția de crizele care pot debuta la aceeași vîrstă determinate de sechele după traumatisme craniene, sau după afecțiuni toxice-infecțioase sau procese expansive intracraniene. Simptomatologia organică asociată ca și concluziile examinărilor complementare (examenul fundului de ochi, L.C.R., EEG, EEG, arteriografia) contribuie la trîngirea diagnosticului.

Pronosticul psihosindroamelor descrise din perioada de evoluție a discriiniei din presenilitate este în general bun; nu trebuie însă să pierdem din vedere posibilitatea delirului, la această vîrstă a unor manifestări psihice care sugerează apoi psihoze grave de involuție sau senilitate.

B. Psihozele și dementele presenile

Polimorfismul aspectelor clinice al psihozelor presenile, care cuprind tulburări psihice de la intensitatea psihică nevrotică pînă la cea confuzivă psihică, suscită importante probleme de diagnostic și conduită de asistență. Pentru descrierea nevroticelor și psihopatiilor ale formelor de debut și asemănătoare celor descrise în capitolele precedente, modul de organizare, evoluția și tipul de destrucționare a personalității bolnavului semnifică apartenența lor de procese psihice. Astfel, aspectele caracteristice pentru psihozile de presenilitate sînt:

- Debutul în perioada 45-65 ani ca expresie a proceselor involutive, deseori ale vieții sexuale.

- Dezvoltarea durabilă, persistentă cu tendință de cronicizare.

- Predominanța tulburărilor depresiv-anxioase cu fixații hipocendriace.

- Apariția frecventă a simptomelor după psihotraume favorizate de acestea.

Psihozele și dementele de involuție sînt clasificate în următoarele aspecte clinice sau psihopatologice.

1. Melancolia de involuție.

2. Sindromul maniacoal de involuție (presenilitate)

3. Psihozele delirante de presenilitate (paraneide și paraneide de involuție).

4. Dementele de involuție - presenilitate.

1. Melancolia de involuție (de presenilitate) este o psihică cu particularități distincte de debut și evoluție, al cărei tablou clinic este dominat de depresie anxioasă, halucinații (în special auditive și cinestezice) și dezvoltări delirante, în special autoacuzare și negație.

Debutul deseori se constituie după o psihotraumă și poate fi acut, prin fază confuzivă sau insidios, prin disconfort, stăruință, reacții hipocendriace.

Perioada de stare este expresivă clinic prin intensitatea depresiei, a anxietății și asocierea cu deliruri hipocendriace de vinovăție culpabilitate, negație. Asocierea simptomatică a delirurilor hipocendriace cu delirul de negație, imortalitate, cu sentiment de singurătate realizează aspectele caracteristice sindromului Cetard.

Comportamentul poate realiza stări de inhibiție psihică sau agitație anxioasă, fiind dominat de halucinații, plurisensuale, deliruri cu temă de negație și autoacuzare, negativism, refuz alimentar, depresie anxioasă cu episoade confuzive și deliruri somatice: deshidratare, denutriție, suferințe hepato-biliare, renale, cardice-vasculare.

După aspectul debutului și al evoluției, se descriu următoarele forme clinice ale melancoliei de presenilitate:

- Forma acută malignă, denumită și psihoza fricii, se manifestă ca un delir acut, cu depresie anxioasă și agitație psihomotorie puternică, cu un grav risc de automutilare sau suicid. Evoluția este de câteva săptămâni sau luni, asociată cu o sistematizare progresivă, pe fondul căreia agravarea unor boli somatice este de prognostic deosebit de grav.

- Forma stupuroasă - caracterizată prin inhibiția psihomotorie, care fixează în imobilitate stupuroasă mimica depresivă, de durere morală și anxietate. Starea poate fi întreruptă brusc prin reaptusuri de agitație, în cursul cărora apare riscul de al sinuciderii.

- Forma delirantă se diferențiază clinic prin amplexul psihoproducției delirante și halucinațiilor a bolnavului lui, în textul trăsăturilor caracteristice ale melancoliei de presenilitate.

Dezvoltarea interpretativ delirantă susținută de halucinații, ericif de exagerată sau absurdă ar părea, păstrează totuși legătura cu evenimentele trăite și persoanele de contact.

Diagnosticul melancoliei de involuție în toate aspectele formelor clinice ia în considerare, în mod esențial, ca stare de fond a bolii, acele forme de depresie care au o evoluție progredientă și care se asociază sau instituie progresiv regresul funcțiilor de cunoaștere până la demența senile mixte sau vasculare. Astfel, melancolia de involuție, ca psihoză distinctă se deosebește de depresiile de involuție, caracterizate prin trăirea conștientă a dificultăților fizice și morale ale senile negenezei, situații frecvente, dar fără semnificație patologică în procesul de îmbătrânire.

Ceea ce atrage atenția în asistența bolnavilor, cu diferențele particularităților distincte de debut, tabloul clinic și evoluție, este potențialul suicidal crescut la cei cu sindroame depresive în această etapă de viață.

2. Sindroamele maniacale presenile sunt mai puțin frecvente (5-10% din psihozele afective de presenilitate) și se caracterizează printr-un caracter polimorf, datorat stărilor expansive, de agitație psihomotorie, asociată unor stări delirante nesistematizate și absurde, ca și unor dezinhibiții instinctuale cu tendință la vulgarități. Veritabila stare suferică, cu fuga de idei,

apare doar în faza de durată scurtă sau lipsește, ceea ce le și diferențiază de episoadele maniacale ale psihozei afective.

Psihoza maniaco-depresivă, în general, poate evolua la aceste etape de vîrstă, dar prezența distinctă a sindroamelor sale, ca și modul de evoluție stabilește diferența de psihozele de presenilitate.

3. Psihozele delirante paranoide și paranoia de involuție se deosebesc de alte psihoze delirante endogene sau reactive, fiind motivate de factorii cerebrali și endocrinometabolici ai senilității.

Psihozele delirante de involuție cuprind tablouri clinice de aspect paranoid, parafrenic sau paranoic, ce debutează în presenium, au o evoluție progredientă către regres intelectual și treptat către demența de tip senil sau vascular. Aspectul sau structura lor psihopatologică este în raport de sindromul delirant și halucinator, de gradul său de coerență sau sistematizare.

Debutul lor este favorizat de psihotraume sau stări debilizante post infecțioase, chirurgicale sau toxice. În tabloul clinic conținutul delirului este de persecuție, prejudiciu, hipochondriac, sexual, uneori pare a fi motivat inteligibil și biografic și poate fi asociat tulburărilor de percepție auditive, vizuale, cenestezice.

Intrucît limitele dintre psihozele delirante care își au debutul și evoluează de la această vîrstă sînt dificile, ele pot fi considerate ca un grup neomogen, dar care deține trăsături psihopatologice comune, în ce privește conținutul delirurilor și asociația cu tulburările de percepție.

4. Demențele presenile.

a) Catatonie tardivă se caracterizează clinic prin instalarea, pentru prima dată, în presenilitate a unor tulburări psihice (anxietate, idei delirante fragmentare de persecuție) asociate cu stări tranzitorii de agitație motorie și verbală, cu stare confuzivă, urmate de imobilitate relativă avînd trăsături catatonice (mutism, negativism, stereotipii, atitudini ciudate).

Catatonie tardivă face parte din grupul psihozilor de involuție degenerativ-demențiale. Clinic ea se diferențiază de schizofrenia tardivă în care identificăm simptomele de disociație intrapsihică, cu delir și manifestări catatonice.

b) Boala lui Pick și boala lui Alzheimer se clasează din punct de vedere clinic în grupa demențelor presenile de tip atrofic, în care se atribuie un rol predominant eredității și la care contribuie factori negativi exogeni. Boala lui Pick este o eredo-degenerescență sistematizată cu atrofii de sistem și, din acest punct de vedere, este asemănătoare sclerozei laterale abiotrofice, cereei Huntington sau bolii Friedreich.

Ca aspect clinic se constată debutul în perioada de involuție, cu demență globală și progresivă, palilalie, ecolalie, mutism și anemie, însoțite de crize de hipertonie musculară. Anomalo-patologic sînt caracteristice atreffiile cerebrale corticale localizate la nivelul lebilor frontali, temporali și parietali (diagnosticul EEG evidențiază modificările caracteristice ale sistemului ventricular; dilatarea simetrică a cearnelor frontale și a extremităților anterioare ale cearnelor temporale).

Debutul bolii este de la 45-50 ani, iar evoluția de 5-10 ani, cu perioada de stare și faza terminală. Comportamentul bolnavului pune în evidență regresul intelectual pînă la demență, o stare apato-abulică cu intreruperi scurte euforice (de tip frontal), tulburări de limbaj (reducerea progresivă) pînă la mutism. În faza terminală, bolnavul este inert și oazectic.

Diagnosticul diferențial se face, prin examenul clinic și explorări complementare (îndeosebi EEG), cu sindreamele frontale de altă natură, hematenuul crenic subdural, PGP, boala Alzheimer.

Boala lui Alzheimer este mai frecventă decît boala lui Pick, are debut în presenilitate și se manifestă clinic prin demență cu tulburări de focar de tip afaze-agnozo-aproxic.

Debutul este insidios de 2-4 ani și se manifestă clinic prin progresiv regres psihic, deficit amnezic aproape global anteroretrograd, sărăcie nețională, cu scăderea judecării și raționamentului, episoade confuzive, halucinații, cu fragmente delirante de prejudiciu (elemente psihoprodutive care lipsesc în boala Pick). Bolnavul este indiferent, apatic, dar poate deveni iritabil, celeric și agresiv.

Perioada de stare este marcată de sindromul afazo-agnozo-aproxic. Afazia este de tip senzorial, bolnavul dă răspunsuri parafazice sau are o logoree incoercibilă, care ajunge la jargenefazia caracteristică demenței. Apare iterația verbală sub formă de ecolalie, palilalie și în mod caracteristic logocleniile.

Cu aceste tulburări limbajul devine de neînțeles.

Apraxia este evidențiată prin pierderea unor gesturi chiar elementare (îmbrăcare, salut), fiind înlocuită de mișcări dezorganizate. Agnozia optică (a culorilor, formelor, fizionemiilor) datorită leziunilor din zonele occipitale este de asemenea caracteristică (nefiind întilnită în boala Pick), ca și crizele epileptiforme, tulburările astazo-afazice, hipertonia musculară de tip parkinsonian (fără tremur și semnul reții dințate), contracturile și parezele centrale de facial.

Durata bolii este de 5-7 ani, faza terminală fiind de aproximativ 1 an, în care se ajunge la mutism și jargonefazia, accentuarea tulburărilor neurologice, oazexie, gatism și complicațiile de decubit.

Diagnosticul se pune prin examenul clinic și îndeosebi EEG, care pune în evidență atrofii corticale difuze și o hidrocefalie internă cu dilatare ventriculară, îndeosebi în regiunea pelului posterior și a răspîntiei ventriculare-EEG-ritm lent 4-5 c/s pe fondul căruia apar unde lente polimorfe 1,5-3 c/s cu o amplitudine de 70-100 microvolți, lipsesc complexele vîrf undă, chiar cînd clinic apar crizele epileptice și lipsește reactivitatea la stimularea luminoasă intermitentă și sonoră.

Diagnosticul diferențial se face cu tumorile cerebrale, boala Pick, ASC (mai ales sindreamele de silviană posterioară din emisferul dominant, cînd dau afazie și apraxie).

c) Demențe presenile de tip degenerativ sau heredo-familiale: boala lui Jakob-Creutzfeld, cereea Huntington, demența presenilă prin degenerare talamică (Stern), boala Schilder, boala Marchiafava-Bignami, demența presenilă simplă (Gillespie). Aceste tipuri de demențe descrise în patologia neurologică au următoarele aspecte principale:

- Boala Jakob-Creutzfeld-pseudoscleroza spastică este o boală degenerativă cu etiologie necunoscută, ce se manifestă clinic prin tulburări psihice grave (pseudonevrotice și comportamentale) care ajung progresiv la fenomene demențiale însoțite de simptome extrapiramidale și piramidale.

- Cereea Huntington este boală eredo-familială cu evoluție crenică. Debutul pseudoneurastenie, evaluează prin stări psihotice delirant halucinatorii și confuzive către demență, fiind însoțită de mișcări cereice.

Demența presenilă cu degenerescență talamică are, asociată tulburărilor psihice grave, poziția rigidă a bolnavului, mișcări de aspirație și hipersemie.

- Boala Schilder este o scleroză diseminată cu demențiere progresivă.

- Boala Marchiafava-Bignami dezorganizează rapid personalitatea către demență, clinic fiind asociată cu dizartrie, tremurături, convulsii, hipertensiune generalizată, mutism akinetic. În debutul bolii, apar episoade halucinatorii auditive și vizuale, cu tulburări comportamentale, sexuale și delictuale.

- Demența presenilă simplă (Gillespie), fără semne neurologice, apare la 40-60 ani, are o evoluție progresivă, demențială cu păstrarea stării somatice.

C. Psihezele și demențele senile.

Psihopatologia senilității se referă earecum convențional la etapele de vîrstă de peste 65-70 ani, criteriu de orientare clinică care nu deține încă o suficiență și completă opțiune pentru sistematizarea cadrului nosologic. În același timp, este necesară o precizare importantă și anume, nu toate tulburările psihice după această vîrstă aparțin senilității. Pot astfel evolua diverse psihoze predominant endogene sau exogene, fără o legătură patogenică cu senilitatea, dar care încep sau își continuă evoluția în această etapă cronologică de vîrstă.

Psihezele senile cuprind toate formele de psihoză care preced sau însoțesc demența senilă și anume: sindromul depresiv senil, sindromul maniacoal senil, sindromul paraneid senil, presbiofrenia.

Datorită caracterului asociat al acestor sindroame psihotice cu demențele, unii autori descriu după aspectul lor chiar formele de demență senilă (simplă, hipocondriacă, melancolică, expansiv-maniacală, paraneid-halucinatorie). În general însă, cu olt demența progresează, conținutul tulburărilor psihotice devine mai sărac și stereotip.

Sindromul depresiv senil poate debuta după o psihotramă sau suferință somatică și se manifestă clinic prin depresie, apatie, delir de autoacuzare, vinovăție sau prejudiciu, delir care evoluează în absurditate și enervitate cu progresul demenței. Această asociere cu sindromul psihorganic al

demenței diferențiază sindromul depresiv senil de depresiile reactive, nevrotice, de epuizare, care pot apărea la această vîrstă, dar nu au evoluție demențială și sînt receptive la tratament.

Sindromul maniacoal senil este mai puțin frecvent și se manifestă prin agitație psihomotorie, stări coleroase, comportamente expansive dar necritice la realitate (cereri în căsătorie, dorințe absurde de conservare a unor atribuții sau posturi), extravaganțe care pot ajunge pînă la manifestări puerile. După dominanța unor simptome, se descriu forme de manie ștearsă (oligosimptomatizată), demențială, cu delir rigid paraneid.

Sindroamele paranoide se caracterizează prin delirul în diverse teme de prejudiciu, cu hipomnezie și absurditate, neliniște și agitație vesperală, cu episoade confuzive sau delirant psiroides nocturne. Este de reținut caracterul general al delirului senil care, deși poate avea relații fragmentare inteligibile cu antecedente biografice ale bolnavului, fiind legat de sindromul demențial, la întotdeauna aspectul absurd și confabulator.

Presbiofrenia (lui Wernicke) este o formă clinică a demenței senile, care după debut și evoluție, poate fi acută sau cronică.

În forma acută, se instituie brusc o stare confuzivă delirant halucinatorie, agitație psihomotorie și un fond caracteristic de dispoziție cu excitație expansiv-euforică.

Forma cronică se caracterizează printr-un comportament aparent normal ca gestualitate și obiceiuri, dar analiza clinică pune în evidență trăsăturile demențiale, deficit mnezic (aspectul senil al sindromului amnezic Korsakov) expansivitatea euforică. Frecvența acestei forme este mai mare la femei.

Demența senilă are un debut insidios, în jurul vîrstei de 70 ani, evoluează către o regresie psihică globală și se caracterizează anatomo-patologic printr-o atrofie corticală difuză cu plăci senile, degenerescență neurofibrilară și granule vasculare. Transmiterea și riscul ei ar fi ereditar de tip dominant sau, ca în demențele degenerativ atrofice, de tip recesiv.

Boala are un debut insidios, cu regres intelectual și tulburări comportamentale (neglijență, stereotipii, colecționarism). În perioada de stare, amnezia progresivă (ștergerea experiențelor

actuale cu păstrarea celer îndepărtate) domină tabloul clinic și instituie dezorientarea tempore-spațială (pseudovagabondaj și fugă amnestică), iar, în mod progresiv, apar degradarea limbajului (sărăcit și stereotip) și a gândirii (raționament pueril cu asociații întâmplătoare).

Tulburările de comportament (exhibiționism, tentative de viol, agresiuni) pot avea un aspect medico-legal. Evoluția bolii poate fi compatibilă cu o conservare a stării somatice, progresiv însă deteriorarea vieții psihice se asociază cu deteriorări somatice, până la marasm senil.

Diagnosticul la în considerare demența globală prin amnezie progresivă, dezorientare tempore-spațială și la propria persoană, regresivitatea globală a personalității.

D. Sindroamele nevrotice, psihepatice, psihozele și demențele de natură predominant vasculare

Descrierea tulburărilor psihice în bolile vasculare se referă la: 1) boala hipertonică și 2) arterioscleroza, cu implicații directe pentru gerontopsihiatrie. Prevalența bolilor cardiavasculare este semnalată cu risc patologic major pentru populația lumii și deține un aspect prioritar pentru asistența medicală.

1. Psihepatologia bolii hipertensive distinge sindroame în general corelate cu cele trei stadii de evoluție a bolii.

- Sindroamele neurastenice și psihepatice caracterizate de cefalee, irascibilitate, labilitate emoțională, astenie, lentitate ideatică, unele modificări ale trăsăturilor de personalitate și comportament, apariția stadiului I sau neurogen. Ele sînt asociate simptomatologiei proprii a acestui stadiu de boală.

- Sindroamele psihotice pot apărea în stadiile II și III și dintre acestea se delimitează: sindromul depresiv, sindromul paroxistic, sindromul pseudotumoral, sindromul pseudoparalitic.

- Sindromul depresiv apare în contextul hipertensiunii arteriale în mod brusc, durează 2-3 săptămîni, se manifestă prin depresie, anxietate, fixații hipocendriace și se poate complia prin idei delirante, halucinații vizuale și auditive, tulburări crepusculare sau delirant encreide.

Sindromul paroxistic este caracterizat de tulburări psihice tranzitorii (seamănă cu sindroamele pseudohemoragice), sau tranzitorie apare, de obicei, ca o stare de ebnubilitate sau crepusculară, episoade confuzionale, cu amnezii lacunare și tulburări

neurologice care pot fi: disartrie, cecitate, tulburări afazice, paralizii, de asemenea tranzitorii.

Sindromul pseudotumoral, de asemenea cu apariție bruscă, este prec edat însă de alte tulburări psihice în contextul hipertensiunii și se manifestă prin trecerea de la o stare afectivă la alta și comportament cu tendință expansiv euforică, se amintește de cel din tumorile frontale (măria).

Intr-o evoluție nefavorabilă, trece în sindromul pseudoparalitic caracteristic stadiului al III-lea al hipertensiunii. Asemănător cu PGP apare, prin deficitul mnezic, intelectual și al capacității critice cu modificări de comportament, letusuri și tulburări paretice.

Diagnosticul clinic se face prin examenele care identifică stadiul de evoluție a bolii hipertensive. Cel diferențial se referă la ASC (stadiul de visceralizare a hipertensiunii), crizele epileptice, PGP, tumorile frontale, stări nevrotice și depresive de alt tip. Diagnosticul diferențial se face prin explorări complementare, cît și prin cele care stabilesc stadiul de evoluție a hipertensiunii.

Tratamentul este cel igienico-dietetic și medicamentos specific afecțiunii de bază, în raport de stadiul ei de evoluție. Tulburările psihice din stadiul I beneficiază de asistență ambulatorie (nebroamat-amitriptilin, levomepromazin), cele din stadiul II și III necesită spitalizare (deshidratante cerebrale, tranchilizante, neuroleptice cu efect sedativ și uneori haloperidolul, în stările confuzive).

2. Psihopatologia arteriosclerozei cerebrale cuprinde următoarele sindroame mai importante:

- Sindromul depresiv neurasteniform este, în general, în raport cu factorii de ambianță, dar poate prezenta și stări confuzionale, iar prin modificări durabile favorizează conduitele suicidare. Evoluția depresivă se face pe fondul tulburărilor astenice, slăbirii intelectuale cu dismnezii și al tendințelor interpretative.

- Sindromul maniacal este mai rar și poate lua aspectul de hiperactivitate, hipererotism, reacții colerice cu agitație motorie și risc de accident vascular.

- Sindroamele confuzive se caracterizează prin episoade crepusculare vespérale sau prin crize de grand mal, ca

epilepsia simptomatică de ASC.

- Sindromul halucinațelor delirante apare în jurul vârstei de 60-70 ani și se manifestă prin halucinații auditive persistente, uneori olfactive și viscerale, care întrețin sau dă naștere la deliruri de prejudiciu, vinovăție, gelozie.

- Sindromul pseudodemential, ca urmare a unor insuficiențe circulatorii acutizate, are un aspect tranzitoriu cu dezorientare temporo-spațială sau scăderea capacității ideatorii, cu răspunsuri absurde și indiferență.

- Sindromul demential cu instalarea bruscă după izbucniri apoplectice sau treptată, se caracterizează prin deficit mnestic progresiv de care bolnavul își dă seama, lentă, stăpânirea și sărăcirea ideilor, hipoprosexie, labilitate emoțională cu ris și plin spasmatic (incontinență afectivă). Aspectul clinic este cel de îmbătrânire peste vîrsta cronologică, vasele arteriale sunt sclerotizate și tulburări de focar: pareze, paralizii, apraxii, agnosii.

Caracteristică tabloului clinic este paralizii pseudobulbare, tetrapareză piramidală cu tulburări de deglutiție și fonatie. Mersul este cu pași mici, trunchiul flectat, gâtul instabil și ptezat (pareza facială bilaterală de tip central). Reflexul patologic caracteristic pentru ASC este cel palmenentonier al lui Marinescu-Radovici. Evoluția pînă la 10 ani de la caecizare și gâtism.

Diagnosticul ASC, necesar a fi pus în discuție la examenul unei persoane de la 45-50 ani, se face prin examenul clinic și de laborator, ca și prin psihometrie. Examenul clinic neurologic evidențiază semnele de focar prin reflexul palmenentonier, reflexe osteotendinoase asimetrice, exagerate. În același timp, se explorează aparatul cardio-vascular, rinichiul, fundul de ochi și se afectează explorările biologice: dozarea colesterolului, fosfolipidemia, lipidemia, testul Kunkel, dozarea lipoproteinelor serice (lipidograma).

Diagnosticul diferențial se face cu boala hipertensivă, cu sindroamele afective, cu schizofrenia paraneidă, parafrenia, FGP, demența senilă, în raport de sindroamele psihopatologice de ASC.

Tratamentul ASC este complex, întrucît cuprinde măsurile de profilaxie, tratamentul de fond privind corectarea tulburării metabolismului lipidic al deficitului de irigație

cerebrală, ca și cel simptomatic pentru tulburările psihice din cursul evoluției bolii. Se realizează prin asocierea regimului igienico-dietetic cu cel medicamentos, uneori cu cel balneofizioterapeutic, și, în situații mai rare, cu cel chirurgical.

Tratamentul medicamentos utilizează medicația hipocolesteromiantă, factori lipocaici, hormoni tiroidieni, estrogeni, androgeni, cu efect metabolic, vitaminele G, PP, complexul B, iar ca acțiune trofică gerovital H₃, aslavital, folcisteinav.

În ce privește utilizarea psihotropelor se cere prudență, fiind preferate tranșilizante sau neurolepticele cu efecte blinde, care nu dau mari oscilații ale tensiunii arteriale (tioid, azin, haleperidol), să evită antidepressivele de tipul IMAO, se combate insomnia cu soluție amital (3%-4-6cc) sau cu asociații medicamentoase cu efect hipnotic. În același timp se corectează regimul de alimentație, de hidratare, ca și activitatea de relație a bolnavului.

INVESTIGAȚII ELECTROENCEFALOGRAFICE ÎN

PSIHIAFRIE

Electroencefalografia este o metodă de explorare a potențialelor electrice ale creierului, iar transpunerea grafică a acestei activități bioelectrice corticale este denumită electroencefalogramă.

Activitatea bioelectrică spontană este ritmică și se menține constantă datorită unor mecanisme de sinorenizare care asigură activitatea funcțională a neuronilor.

Electrogeneză

Neuronului îi sînt caracteristice mai multe tipuri de potențiale electrice implicate în procesul de electrogeneză cerebrală, anume: potențial postsinaptic excitator (P.P.S.E.) cu amplitudine de 2-5 mV și durată de 12-20 ms; și potențial postsinaptic inhibitor (P.P.S.I.) cu amplitudine de 2-5 mV și durată de 12 ms (P. P.S.I.). Prin sumarea celor două tipuri de potențiale, cînd se ajunge la o valoare critică de -30mV, neuronul se va depolariza, va descărca un potențial de acțiune (PA) de „tip tot sau nimic” care a fost considerat inițial ca elementul de bază al electrogenezelor ritmurilor. Într-o dendrită și restul neuronului există o diferență de potențial permanentă. Cînd dendritele sînt depolarizate pe cale sinaptică de ritm creșterii activității (P.P.S.E.) ele sînt mai electropozitive decît membrana, iar sarcinile electrice se vor deplasa de la dendrite către somă. Cînd membrana neuronală este depolarizată, sarcinile electrice se deplasează în sens invers de la neuron-către dendrite și astfel se creează un dipol electric altern dendritesomatic și sematodendritic a cărui activitate electrică difuzează pe o suprafață mică (1-3mm). Grupurile de neuroni piramidali care au axoni

arhitectonice și aceeași stare funcțională, își vor sinoreniza activitatea formînd cîmpurile electrice corticale. Neuronii intercalari scurți amplifică intensitatea și mărește aria de distribuție a cîmpurilor electrice. Prin mecanisme de feed-back dintre cortex și formațiunile subcorticeale (formația reticulată activată asociată cu rețea de sinorenizare și talamusul nespecific cu rețea sinorenizantă), activitatea bioelectrică corticală se desfășoară permanent, ritmic și modulat în fusuri.

Ritmurile cerebrale

În descrierea activității electrice a creierului surprinsă în înregistrarea EEG se utilizează de mai mulți parametrii: frecvență, amplitudine, morfologie, reactivitate, topografie, etc. Astfel traseul EEG al adultului în stare de veghe și repaus psihosenzorial este compus din patru tipuri de ritmuri denumite: alfa (α), beta (β), theta (θ), delta (Δ), precum și o serie de variante de ritm pentru fiecare din cele patru ritmuri de bază, ce alcătuiesc banda ritmului respectiv.

Ritmul alfa (α) - se înregistrează în condiții de repaus psihosenzorial (cu ochii închiși), subiectul fiind relaxat psihemotiv. Este format din unde sinusoide realizînd imagini fusiforme cu durată de 0,5-3 sec. Se înscriu simetric și sinoren pe derivările menime bilaterale, cu frecvență de 8-13 c/s, cu o medie de 10 c/s și amplitudinea de 10-120 microvolți (μ V) cu o medie de 50-60 microvolți. Este localizat în ariile posterioare occipitale, parietoale și temporale posterioare (cu vîrsta și în suferințele vasculare tinde să migreze anterior). (fig. 1).

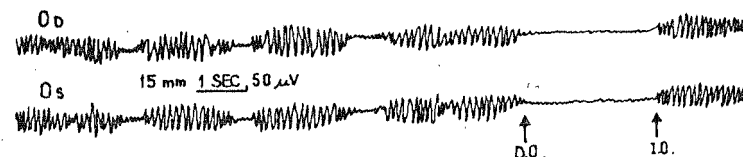


Fig. 1. Ritm alfa modulat în fusuri - blocat de lumină.

Banda alfa cuprinde:

- ritmul alfa lent cu frecvența de 7,5-8 c/s, este monoton și se întâlnește la copii și persoane de vîrstă a treia, precum și în nevroză astenică, neurastenii, hipotirozism, în timpul tratamentului cu neuroleptice.

- ritmul alfa rapid, cu frecvența de 13 c/s și chiar mai mult; este descris în nevroză anxioasă, nevroză obsesiv-fobică, melancolia anxioasă, în stări hipomaniacale, în stări hiperkinetice, paradelirium tremens, etilism cronic.

- ritmul alfa de mică amplitudine; se întâlnește în stări emoționale, nevroză, neuroastenii, stări delirante, stări reactive.

- ritmul alfa ascuțit și amplu („punctu”) - este un ritm alfa care nu mai are morfologie sinusoidală ci apare ascuțit și amplu, dînd imaginea unui bufeu de vîrfuri. El traduce o stare de hiperexcitabilitate corticală și, se înregistrează în tulburări nevrotice, migrene, cefalee, distonii neurovegetative, tulburări de comportament, la psihopatii agresivi, excitabili, spasmofilie, cerebrastenii, și după tratament cu Antideprin.

Ritmul beta (β) - este expresia electrică a unui creșterea stărilor de activitate; are frecvența de 14-30 c/s și o amplitudine de 3-30 microvolți, o morfologie neregulată, discontinuă, fusiiformă și sinusoidală; este localizat în ariile motorii fronto-parietale laterale. Nu se blochează la stimuli luminoși, dar este blocat de stimuli proprioceptivi (ex. strîngerea pumnului sau senzații tactile în hemicorpul opus) (fig.2.).



Fig.2. Ritm beta fiziologic în regiunile frontale, neregulat și fusiiform.

Banda beta cuprinde:

- ritmul Mu (en arceaux) - cu frecvența de 7-10 c/s, amplitudine de 50 microvolți, localizat în ariile parietale; morfologie

se caracterizează prin unde în dinți de pieptene grupate în fuzuri. S-au precizat relații între acest ritm și anxietatea, agresivitatea refuzată, hipermetivitatea, fiind cercetat în nevroză și psihopatii.

- fuzurile de medicație - sînt ritmuri rapide cu frecvență de 16-20 c/s și amplitudine de 30-50 microvolți, cu morfologie fusiiformă și localizare în derivațiile frontale. Se înregistrează după administrare de medicație de tip barbituric.

- frecvențe rapide difuze-distribuite în toate regiunile capului cu o amplitudine mică (sub 10 microvolți); sînt prezente în mai multe afecțiuni psihice. În această categorie poate intra și „ritmul Cheppy” care a fost descris de Davis (1941) în schizofrenie și constă în frecvențe rapide neregulate generalizate sau localizate predominant frontal. Este considerat ca expresie a deranjului afectiv-emoțional, agitație, anxietate. Nu este tetragenic pentru schizofrenie.

- fuzurile sigma de semn - cu frecvență de 12-14 c/s și amplitudine de 50-60 microvolți, modulate în fuzuri de scurtă durată și localizate în special în derivațiile frontale și întîlnite în derivatul I sau II al semnelor.

Ritmul teta (θ) - are origine talamică, cu frecvență de 4-8 c/s și amplitudine de 30-70 microvolți în medie 50 microvolți; este monomorf sau polimorf și constituie ritmul de bază al copilului între 2-7 ani. La adultul normal se întâlnește în proporție de 10-15 % din totalitatea grafocelulelor de pe traseu. Este localizat în regiunile temporale cu extindere spre regiunile frontale și parietale. Fiziologic poate apărea în stare de somnolență în primele stadii de somn. În general, se consideră că ritmul teta este expresia unei insuficiențe maturări cerebrale. Denis (1952) evidențiază corelația dintre ritmul teta și comportamentul agresiv la caracteristici și delinvenți. Indice mare de teta este frecvent observat la psihopatii agresivi și excitabili. Telegic se întâlnește în special în tumori talamice, precum și în suferințe cerebrale de origine traumatică, vasculară, toxică și materiei etc. Se consideră totodată că ritmul teta ocupă o mai mare parte din ritmurile funcționale ce se întîlnesc în toate bolile psihice (fig.3.).

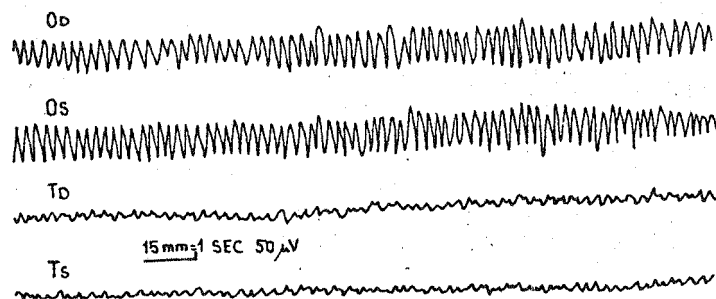


Fig.3 Ritm theta sinusoidal și polimorf.

Banda de frecvență teta cuprinde:

- ritmul teta ascuțit - cu amplitudine de peste 100 microvolți și exprimă o stare de iritație corticală difuză. Apare în spasmofilie, cefalee, migrenă, isterie, tulburări de comportament, vrese, stări depresive, la psihopatii agresivi și excitabili.

- ritmul teta hipersincron - amplu, regulat, sinusoidal, localizat posterior și blocat la lumină; apare la copii de 3-7 ani.

- ritmul iseta (14/6) (fortress and six) - sînt unde lente localizate occipital uni sau bilateral, care se blochează de 6 c/s pozitive, ascuțite, însețite de bufee rapide de 14 c/s la deschiderea ochilor. Pet apare la copii, adolescenți, iar după 25 ani se pot înregistra în semn. Niedermayer (1963) le găsește la 10% din copii și la 44% din psihopatii agresivi în 44% din cazuri, iar la neadaptati în 26% din cazuri. Localizat în ariile temporale. a fost corelat cu epilepsia talamică.

- ritmul kappa - este monomorf, cu frecvență de 7-7,5 c/s și amplitudine variabilă; apare în regiunile frontale în timpul unei activități mentale intense cu efort susținut.

Ritm delta (Δ) - are o frecvență de 0,5-3 c/s și amplitudine medie de 100 microvolți, rareori pînă la 200 microvolți. Prezența sa la adult este totdeauna patologică; în mod normal poate fi prezent la copil pînă la 2-3 ani și indiferent de vîrstă în semnul profund. Poate fi monomorf sau polimorf, poate fi distribuit difuz, ceea ce exprimă o suferință cerebrală gravă, sau poate fi localizat și atunci este expresia unui focal lezional cu caracter evolutiv (fig.4).

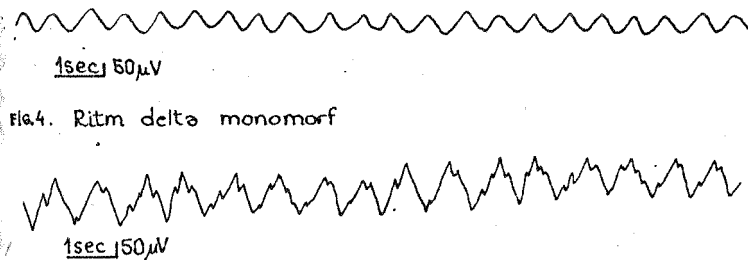


Fig.4. Ritm delta monomorf.



Fig.5. Ritm delta polimorf.

Banda de frecvență delta cuprinde:

- unde lente posterioare (π) descrise de Henry și Hill (1944) și Gastaut (1955), sînt unde lente cu frecvență de 2-3 c/s, izolate, intricate cu ritm, alfa, înscrise în derivațiile occipitale uni sau bilaterale. Pet are un aspect de vîrf-undă. Se blochează odată cu ritmul alfa la deschiderea ochilor ceea ce explică caracterul lor funcțional constituind o etapă în maturarea cerebrală.

- ritm delta posterior funcțional - constă în bufee de 6 c/s localizate occipital uni sau bilateral, care se blochează de 6 c/s pozitive, ascuțite, însețite de bufee rapide de 14 c/s la deschiderea ochilor. Pet apare la copii, adolescenți, iar după 25 ani se pot înregistra în semn. Niedermayer (1963) le găsește la 10% din copii și la 44% din psihopatii agresivi în 44% din cazuri, iar la neadaptati în 26% din cazuri. Localizat în ariile temporale. a fost corelat cu epilepsia talamică.

- hipersincronismul lent fiziologic - cu frecvență de 0,5 c/s și amplitudine mare 200-300 microvolți, localizat sau generalizat, este blocat de deschiderea ochilor și apare de obicei în hiperpnée, ceea ce dănește caracterul său funcțional; exprimă o spasmofilie și imaturitate.

În analiza unui traseu EEG se iau în discuție o serie de parametrii cum sînt:

- frecvența - reprezintă numărul de unde în unitatea de timp (secunda) în funcție de viteza de desfășurare a hîrtiei (15 mm/sec). Se exprimă în cicli/sec.

- amplitudinea - exprimă înălțimea undei care cuprinde întreaga ei oscilație față de axa izoelectrică; se exprimă în microvolți;

- ritmul - reprezintă o grupare identică de unde care are o frecvență constantă pe o anumită durată de timp.

- sensul electric poate fi monofazic (pozitiv sau negativ), bifazic, când oscilațiile includ ambele sensuri față de axa izoelectrică și polifazic, când aceeași undă include de mai multe ori axa izoelectrică.

Undele se pot grupa în: salve, bufeuri, parexisme.

Inlocuirea ritmului alfa modulat în fusuri cu alte ritmuri ceea ce determină aspectul neregulat al traseului realizează discritmia care poate fi lentă, rapidă sau poliritmică. Forma cea mai tipică de discritmie lentă este hipsaritmia care se întâlnește în epilepsia gravă a sugarului și în acest caz traseul are un aspect anarhic, dezorganizat.

În general, în prezent, se consideră că un adult normal afli în stare de veghe și în condiții de repaus psihosenzorial nu trebuie să aibă pe traseu decât ritmurile alfa și beta, inclusiv după 1 minute de hiperpnee.

Din punct de vedere didactic modificările electroencefalegrafice se pot clasifica în:

1. modificări bioelectrice funcționale - care constau în variații ale ritmurilor fiziologice, care interesează ericarea din parametrii undelor și care se pot înregistra în afecțiunile psihice fără fond lezional cerebral devedit. Aici sînt cuprinse toate benzile de frecvență descrise la ritmurile principale.

2. anomalii bioelectrice - care pot fi: lezionale (deficitare) și parexistice - iritative.

a) Anomaliile lezionale - includ următoarele aspecte:

- silentium electric - exprimar prin abolirea globală a ericărei activității electrice, traseul fiind o linie izoelectrică, descriu un silentium generalizat și un silentium focalizat. (fig. 6). Silentium generalizat se întâlnește în stopul cardiac, accidente anestezice, infarctul miocardic, iar silentium focalizat se întâlnește în tumori voluminoase, superficiale, hematom extra sau subdural, abces cerebral.

RD-Pd

PS-TS

1 SEC, 30 μV

Fig. 6. - Silentium generalizat.

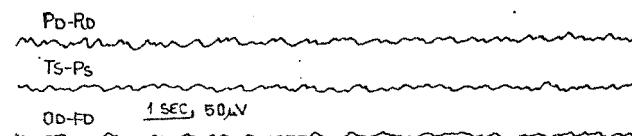


Fig. 7. Aplatizare generalizată.

- aplatizarea traseului (fig. 7), se caracterizează prin activitate lentă de tip teta și delta de mică amplitudine, sub 20 V, re-partizată focalizat sau generalizat. Aplatizarea difuză apare în traumatismele cranio-cerebrale severe cu comă prelungită, în hemeragiile cerebrale profunde, sau o aplatizare difuză intermitentă în epilepsia grand mal după faza tonico-clonică cu durată de 6-12 sec. Aplatizarea focalizată se întâlnește în procesele expansive intracraniene (tumori, hematoame, abcese), dar și în ramolismente sau strofii corticale localizate.

- activitatea delta - este reperul electroencefalegrafic cel mai important al unei suferințe cerebrale lezionale. Atît delta polimerf oît și delta monomerf poate fi distribuit generalizat sau localizat. Ritmul delta polimerf generalizat exprimă o suferință cerebrală globală și poate fi întâlnit în stări confuzionale, come, în suferințe cerebrale de origine vasculară, tumorală, toxică, infecțioasă, traumatică, metabolică, dar și în unele afecțiuni ca boala Alzheimer, psiheze organice cu delir acut, stări catatonice. Delta polimerf localizat este semnul major pentru procesele expansive intracraniene. Ritmul delta monomerf (sinusoidal) are semnificație de ritm transmis; generalizat el exprimă o suferință profundă - procese expansive situate la baza creierului, hemeragie intracerebrală, iar localizat, mai ales în derivațiile anterioare uni sau bilateral apare în tumori de corp calos, tumori frontale profunde. Delta monomerf localizat în derivațiile occipitale uni sau bilateral se întâlnește în tumori de ventricul IV, tumori mezodiencefalice.

- activitatea lentă teta polimerfă de 4-5 c/s, difuză sau focalizată, se întâlnește frecvent în procesele lezionale cerebrale se-

chelare sau evolutive. Teta difuz apare în ateroscleroza cerebrală, demențe senile, vasculare, encefalopatia Gayet-Wernick, sechele de traumatisme craniene, dar poate fi întâlnit și în toate procesele expansive intracraniene amintite.

b) Anomaliile paroxistice-iritative - se caracterizează prin apariția bruscă cu amplitudine mare, cu morfologie ascuțită, fiind constituite din virfuri, unde lente ascuțite (Sarp Waves), complexe virf-undă și pelivirf-undă.

- virful - este o undă ascuțită rapidă, amplă peste 75-100 V (fig.8). Virful poate fi de polaritate monofazică, bifazică, pelifazică, electronegativ sau electropozitiv; virfurile se pot înscrie izolate sau grupate în salve, simetrice, sincrone, generalizate sau focalizate. Se consideră că este expresia unei depolarizări excesive, de lungă durată a dendritelor și membranei neuronale, cu creșterea intensității a potențialelor de acțiune.

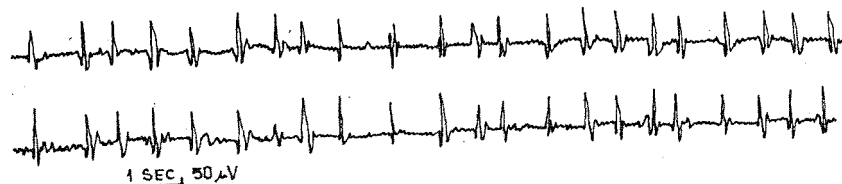


Fig.8. Virfuri bifazice și trifazice difuze.

Virfurile distribuite difuz se întâlnesc întareric în epilepsia majoră, epilepsiile copilului, în traumatisme craniene recente sau vechi, în ASC, intoxicații cu medicamente psihotene. Virfurile focalizate au o semnificație deosebită pentru epilepsiile parțiale (motorii, jacksoniene, senzitive-senzoriale), precum și în epilepsiile psihometerii. O formă specială o reprezintă ritmul recrutant epileptic (fig.9) care apare ca o succesiune de virfuri cu amplitudine crescândă progresiv 200-500 V, sincrone, simetrice, continue, generalizate, cu durată de 10-20 sec., în faza tonică a epilepsiei Grand Mal.



Fig.9. Ritm recrutant epileptic.

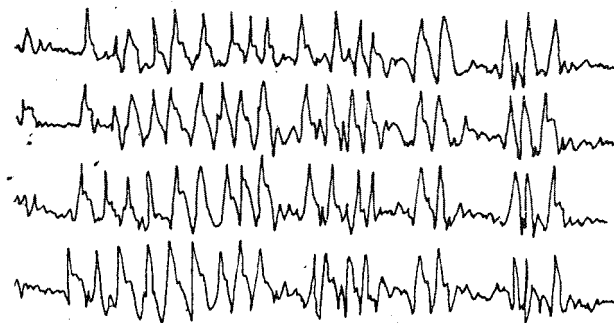


Fig.10. Sharp Waves difuz.

- undă lentă ascuțită, undă abruptă, Sharp Waves (fig.10), este o undă monofazică cu durată mai mare decât teta, supravoltată cu o pantă ascendentă abruptă și o pantă descendentă, deci cu bază largă și virful ascuțit. Ele sînt expresia descărcărilor neuronilor patologici, activați, hiperexcitabili. Undele Sharp Waves difuze se întâlnesc în epilepsia Grand Mal, sechele postencefalitice, în Petit Mal akinetic, Scharp Waves, localizate pot fi întâlnite în epilepsiile parțiale, epilepsiile psihometerii, epilepsia posttraumatică, etc.

- complexul virf-undă este o asociere între un virf și o undă înscrise în aceeași fază; este elementul cu cea mai mare valoare diagnostică pentru epilepsie. Se descrie complexul virf-undă tipic (fig.11) și complexul virf-undă atipic (fig.12). CVU tipic are frecvență de 3 c/s și amplitudine peste 250 V; este patognomic pentru absența Petit Mal și apare într-un paroxism (cu început și sfîrșit brusc) generalizat, simetric, sincron. CVU atipic este format din unul sau mai multe virfuri bifazice ample, rapide urmate de o undă sau mai multe unde lente cu frecvență 1-2 c/s. Elementul principal, îl constituie virful, dar uneori undă poate fi mai evidentă. Apare în toate formele de epilepsie.

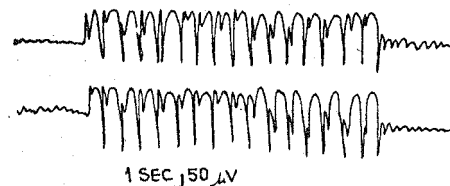


Fig.11. Complexe - virf-undă tipice.

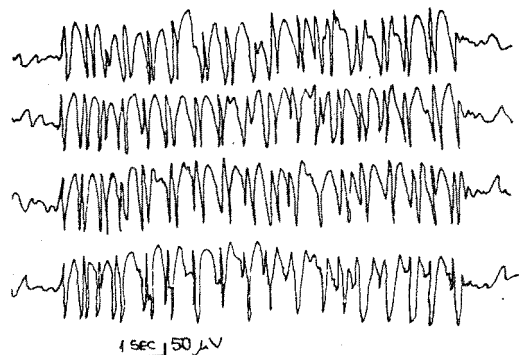


FIG. 12. - Complexe vîrf-undă atipice.

O formă particulară e constituită complexul polivîrf-undă (fig. 13), care este format din 3-5 vîrfuri-rapide, urmate de una sau două unde lente monofazice, negative. Este caracteristic epilepsiei mioclenice.

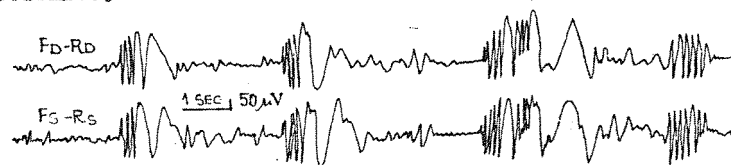


FIG. 13. - Complexe polivîrf-unde difuze.

- descărcările periodice (fig. 14) - se caracterizează prin grupe de unde lente ample înscrise generalizat, periodic, repetitiv, sincron cu miocleniile prezentate de bolnav. Au fost descrise de Radermecker în panencefalita sclerozantă subacută.

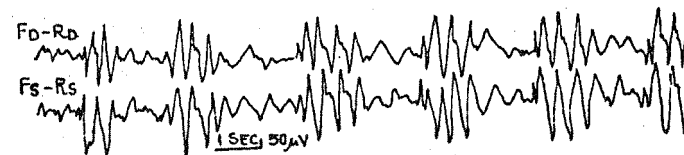


FIG. 14. - Complexe lente repetitive - Radermecker (PESS)

În general, pentru a obține un plus de informații în EEG se folosesc o serie de metode de activare, ca de exemplu:

1. activarea prin hiperpnée;
2. activarea prin stimulare luminoasă și auditivă;
3. activarea prin substanțe convulsivante;
4. activarea prin semn indus medicamentos.

1. Activarea prin hiperpnée este forma cea mai simplă și mai frecventă folosită; se execută timp de 3 minute în ritmul de 25-30 respirații/minut. Hiperpnéea poate induce modificări fiziologice, funcționale și patologice.

- modificările fiziologice constau în: amplificarea traseelor hipervoltate și creșterea incidenței ritmului alfa la limita inferioară.

- modificări funcționale care constau în: criza convulsivă electrică și/sau clinică, parexisme de vîrfuri, polivîrfuri, complexe vîrf-undă atipice generalizate sau focalizate, sau activitate theta și delta difuză.

2. Activare prin stimulare luminoasă intermitentă (SLI). Răspul vizual al pacientului este supus acțiunii unor stimuli luminoși de scurtă durată emiși de un stroboscop. Frecvența stimulilor este cuprinsă între 1-30 f/sec. (flashuri pe sec.), cel mai frecvent 15 f/s. Timpul pentru stimulare este de 2-3 min. În timpul SLI pot apărea polivîrfuri, complexe vîrf-undă, complexe polivîrf-undă generalizate. Cele mai sensibile forme de epilepsie la SLI sînt cele cu mioclenii, epilepsia fotogenă și epilepsia reflexă la vizionarea televizorului.

Activarea prin sunet - are valoare mai mică decât SLI. Poate determina miclonii reflectate EEG prin polivîrf-undă sau poate aduce CVU atipice și vîrfuri localizate temporale în epilepsiile psihomotorii. Stimularea auditivă este importantă în stabilirea profunzimii comelor.

3. **Activarea prin substanțe convulsivante** este mult discutată de către specialiști. Pe de o parte pentru că pot determina aceleași manifestări paroxistice la bolnavi sechelari sau cu afecțiuni psihiatrice (psihepatie, schizofrenia catatonică), la fel ca la bolnavii de epilepsie. Pe de altă parte, substanțele farmaceutice pot determina aceste manifestări prin propriul lor efect toxic, la persoane care nu au epilepsie. Dintre substanțele mai des folosite se află Cardiazolul și Bemegrid (Ahipnon).

4. **Activare prin somn indus medicamentos** - permite o bună decelare a focarelor epileptice. Este folosită mai ales în epilepsiile morfeice, epilepsiile temporale, precum și în disfuncții ale somnului ca somnambulismul, enurezisul nocturn, narcolepsia. Dintre medicamentele folosite: Baitinalul, Pentetalul sedic, Amitalul sedic, Cloral hidrat (la copii). Paroxisme apar de obicei, la începutul adormirii și în momentul trezirii.

Aspecte electroencefalografice în epilepsie

Respectînd în linii generale clasificarea lui Gastaut (1954) se disting: crize epileptice generalizate și crize epileptice parțiale simple (cu semiologie alimentară) și crize parțiale cu semiologie elaborată (complexă).

Epilepsia generalizată tip Grand Mal - cu două tipuri:

- crize primar generalizate (centrăncefalice)
- crize secundar generalizate (focale).

Diferența dintre ele constă în distribuția bilaterală, sincronă și simetrică a anomaliilor electrice în cazul crizei primar generalizate și apariția anomaliilor caracteristice focaului epileptic în crizele secundar generalizate.

Interictic, se poate găsi: traseu normal; traseu instabil cu alfa lent, întrerupt de alte ritmuri; descărcări bilaterale localizate, izolate sau grupate de vîrfuri, unde lente, complexe

vîrf-undă degradate; semnificative pentru diagnosticul de epilepsie sînt anomaliile paroxistice.

Desfășurarea crizei se desfășoară în 5 faze distincte:

- faza tonică - cu ritm recrutant epileptic cu o durată de 20-30 sec.

- faza clonică - caracteristic este apariția de unde lente la 3-5 c/s supravoltate cu aspect particular de unde lente creștate de vîrfuri și de polivîrfuri-undă. Durează 60-80 sec.

- faza comatoasă sau stertereasă, ce reprezintă sfîrșitul crizei. Electric se caracterizează printr-o aplatizare generalizată a traseului cu durată de 5-20 sec.

- faza postictică - cu activitate lentă delta menemeră și polimeră, difuz 1-3 c/s, amplitudine 50-70 V. Durează 2-12 min.

- faza de somn postictic - cu durată de câteva minute sau ore.

Epilepsia secundar generalizată - debutează prin semne de focar-paroxisme de vîrfuri, Scharp Waves, sau CVU atipice localizate, după care apar grafoelemente specifice din criza generalizată descrisă anterior.

Epilepsia generalizată tip Petit Mal

Interictic - pot fi: trasee normale; traseu imatur; traseu sechelar cu teta și delta difuz sau focalizat; giruri lungi de delta sinusoide, ample, cu frecvența de 3 c/s sînt derivațiile occipitale bilaterale; scurte paroxisme de CVU de 30 c/s izolate sau grupate.

Ictic - caracteristic este paroxismul de complexe vîrf-undă de 10 c/s cu amplitudine de 150-300 V, generalizate, ritmice, sincrone, debut și sfîrșit brusc, cu durată de 6-15 sec.

Epilepsiile parțiale simple

Epilepsiile parțiale presupun existența unui focar epileptic care se exprimă electric prin: vîrfuri ample menes sau bifasice, complexe vîrf-undă tipice sau atipice, unde Scharp-Waves, bufele unde teta sau delta ascuțită.

EEG în epilepsiile temporo-riencefalice

Aceste epilepsii reprezintă forma clinică cea mai frecvent întâlnită în serviciile de psihiatrie.

Interictic - se găsesc: aplatizări; trasee cu activitate teta și delta sinusoidală continuă sau grupată în bufee localizate temporale; paroxisme de vîrfuri bifazice, Sharp Waves, CVU în regiunile temporo-frontale, temporo-parietal sau numai temporale; anomalii difuze cu activitate teta și delta intrinsecă cu paroxisme de vîrfuri și Sharp Waves repartizate în ambele emisfere cerebrale; sechi normale în proporție de 35-50% în special în epilepsiile cu izbucniri psihice permanente de tip psihetic.

În criză aspectele sînt foarte variate de la un bolnav la altul și de la un moment la altul.

EEG în traumatisme cranio-cerebrale

În etapa imediată pot exista semne de suferință globală sau semne de suferință locală. Suferința globală este exprimată de prezența unui ritm alfa lent, ritm teta difuz intrinsec cu delta. Suferința locală este exprimată prin:

- silentium electric permanent într-o emisferă cerebrală indicînd posibilitatea unui hematom;

- aplatizare localizată;

- activitate delta polimerică continuă sau intermitentă;

- paroxisme de vîrfuri, complexe vîrf-undă, Sharp Waves.

Etapă tardivă este reprezentată de complicațiile traumatice: meler și anume: epilepsiile și cerebrastenia posttraumatică.

În ceea ce privește cerebrastenia posttraumatică nu se poate spune are expresie electrică deosebită, de cele mai multe ori traseele fiind normale. Se găsesc totuși uneori trasee plate disritmice cu activitate teta de mică amplitudine, peste care se suprapun frecvențe rapide.

EEG în ateroscleroza cerebrală

În general anomaliile bioelectrice sînt discrete și de mare variabilitate, dintre care amintim:

- modificări ale ritmului alfa în sensul scăderii ca intensitate, amplitudine și frecvență; astfel alfa devine lent, instabil, poate migra în derivațiile anterioare;

- ritmul beta devine dominant;

- crește incidența ritmului teta;

- în derivațiile anterioare sau temporale stingi, alfa ascuțit, teta ascuțit, vîrfuri medievoltate difuz sau regional.

EEG în neureastenie

Cel mai frecvent se întîlnesc trasee cu amplitudine mică (hipovoltate sau cu ritm alfa lent; uneori, trasee neregulate prin apariția de unde teta cu reducerea ritmului alfa sau chiar ritmuri rapide, vîrfuri bifazice mici.

EEG în nevrosele anxioase, obsesive-fobice - deși nu sînt modificări caracteristice se constată ritm alfa rapid cu frecvență de peste 13 c/s.

EEG în nevrosele motorii și în special în ticuri se întîlnesc trasee imature, fără alfa, asimetrii interemisferice prede-șințant posterioare și desoărcări speradice de unde lente sau vîrfuri rapide în salve, difuze sau în focar.

EEG în psihopatii - cel mai frecvent se constată incidența crescută a activității lente ca expresie a lipsei de maturare a electrogenezei. Se descriu următoarele modificări:

- unde - cu ritm delta distribuit posterior și intrinsec cu alfa creînd impresia de false complexe vîrf-undă, care se blochează la deschiderea echilor ceea ce explică caracterul lor funcțional;

- focar temporal posterior de obicei stînga cu ritm teta și delta 3-5 c/s, 50-100 V care se blochează la deschiderea echilor. Poate crea confuzia cu epilepsia temporală;

- anomalii iritative cu vîrfuri focalizate care se observă la psihopatii expresivi-impulsivi.

EEG în elige-frenia - poate fi cel mai adesea normal nefiind o corelație între aspectele EEG și nivelul deficitului intelectual. Dintre modificările posibile se descriu: incidență de ritm alfa scăzută, anomalii lente teta și delta difuze, paroxisme de vîrfuri și CVU apărute spontan sau la activarea de rutină.

EEG în psihosa maniaco-depresivă - cele mai multe trasee au aspect normal. Blane (1962) a observat în multe depresii focare temporale stingi care dispar odată cu remisiunea bolii și care sînt formate din unde teta, delta, vîrfuri medievoltate apărute la

stimulările de rutină. Se consideră că nu au semnificație patologică. În agitația maniacală s-a constatat o incidență crescută a frecvențelor rapide, cu alfa la limita superioară. Posibil ritm cheppy.

EEG în schizofrenia - se descrie ritmul cheppy care este o activitate bioelectrică hipervoltată, cu frecvențe rapide 25-30 c/s, supraîncărcată de activitate teta de mică amplitudine; poate fi distribuit difuz sau numai în regiunile anterioare; este considerat o expresie a unor dezordini afective-emoționale-anxietate, neliniște, agitație psihomotorie. Alterări paroxistice au fost descrise în schizofrenia habefrenocatatonică, schizofreniile grefate pe un fond encefalopat și sînt reprezentate de virfuri, Scharp Waves, complexe virf-undă.

EEG în demențe

Boala Pick - în jumătate din cazuri traseele sînt normale. În celelalte cazuri se observă un indios teta crescut, alfa lent sau unde lente care predomină în derivațiile fronto-temporale bilaterale. În fazele terminale se ajunge la trasee cu unde delta difuz.

Boala Alzheimer - se manifestă electric prin ritmuri lente teta și delta hipervoltat, predominant în regiunile anterioare, paroxisme de unde lente ascuțite și chiar complexe virf-undă atipice. Reactivitatea ritmurilor la stimulii senzoriali este nulă. Demențele senile au în general un traseu cu alfa lent, redus ca incidență, microvoltat. Apare un indios crescut de teta temporal.

Demențele vasculare - au în general un traseu normal, dar se poate găsi activitate lentă, aspecte iritative focalizate sau difuze.

În general, se consideră că nu se poate acorda semnificație semiologică unui traseu EEG fără să existe un context clinic, astfel încît se poate spune că o electroencefalogramă alterată fără existența fenomenelor oligice nu este suficientă pentru a pune etiologia de boală.

ASPECTE NEURORADIOLOGICE ÎN PSIHIATRIE

Semiologia radiologică cuprinde semne directe și indirecte ale unor procese intracraniene.

Explorarea conținutului cranian se realizează prin contrast, prin mărirea transparenței sau prin tehnici de specificare.

1. Radiografie simplă de craniu - în cele trei incidențe standard (antero-posterioară, postero-anterioară și laterale) poate pune în evidență modificări osoase congenitale ca: leziuni naturale și mediane; fenomene parietale; cranio-stenoze sau alte dismorfisme craniene (turicefalia, trigonecefalia, oxicefalia, scofacefalia etc.) oase naturale, metopice, lacune occipitale asociate cu meningoencefalocele.

Incidența axială a bazei craniului poate arăta lărgirea porțiunii verticale a canalului carotidian în segmentul temporal. În incidențele laterale se pun în evidență eroziuni laterale ale corpului sfenoidal și porțiunea orizontală a canalului carotidian, iar tomografia frontală a geii turcești poate arăta adîncimea șanțului carotidian sau modificări de formă și volum. Hipertensiunea intracraniană relevă uneori pe radiografia simplă, în raport de gravitatea și durata sa, accentuarea vascularizației diploice și a corpusculelor Pachioni, accentuarea impresiunilor digitale, dehiscența suturilor, modificări de transparență.

Pe radiografia simplă, uneori se observă anomalii dimensiunilor craniene, malformațiile masivului facial (disostaza cranio-facială), modificări structurale (osteopetroza, osteogeneza imperfectă Labstein, condrodistrofia, displasia fibroasă, hiperostosele intracraniene, hiperostosa senilă, osteoscleroza, osteoporoza senilă, osteita

deformată Paget, esteita Fibrochistică, falematozele (boala Bourneville, Lindou, Recklinhausen, reticulozele, tumorile benigne, tumorile maligne, inclusiv procesele inflamatorii ale țesutului osos.

Pe radiografia simplă sînt vizibile calcificările intracraniale, calcificarea glandei pineale sau a sifonului caretidei (mai frecventă la diabetici și aterosclerotici). Calcificările patognomonice se întîlnesc în unele afecțiuni ca: boala Sturge-Weber, craniofaringeame, astrociteame, glioblasteame și, mai rar, meningeame, celestesteame, teratoame.

Pentru punerea în evidență cu ajutorul radiografiei simple de craniu a unor regiuni dificile de explorat, se folosesc tehnici speciale cum ar fi: incidențele pentru baza de craniu, apofiza stiloidă, gaura ruptă posterioară, fanta sfenoidală, stînga temporalului și bite.

2. Tomografia transaxială computerizată. Un salt calitativ în tehnica explorării radiologice a craniului și conținutului său, fără substanțe de contrast e constituită tomografia transaxială computerizată (E-M-I - scanner). Prin intermediul unui ordinator electronic se proiectează pe un ecran TV o imagine compusă din elemente ce nu pot apărea pe radiografia simplă (imaginea poate fi fotografiată cu un aparat foto palaroid). Astfel apar ventriculii cerebrali umpluți cu lichid cefalorahidian, formațiunile cenușii, absesele, chistele, hematoamele intracerebrale etc.

3. Pneumoencefalografia. În scopul evidențierii conținutului intracranian, se folosesc substanțe de contrast introduse în lichidul cefalorahidian. Pneumoencefalografia este metoda prin care se contrastează cu aer sistemul ventricular, cisternele și spațiile subarahnoidiene, dînd informații directe asupra acestora și indirecte asupra reliefului cortical și al substanței din jurul ventriculilor (substanța albă și nucleii cenușii de la bază).

Pneumoencefalografia folosește mai multe tehnici dintre care enunțăm: pneumoencefalografia totală care se folosește din ce în ce mai rar și constă în extragerea totală a LGR-cca 150 ml, pneumoencefalografia subtotală care constă în extragerea a oca. 100 ml și pneumoencefalografia parțială -cca 5 ml.

La copii, PEG se face numai pe cale lombară prin injectarea a 20-30 cmc aer, punctia suboccipitală fiind contraindicată datorită nedevelopării suficiente a marelui cisterne.

După insuflare, pe radiografie în incidența occiput-placă, sistemul ventricular apare în formă de „fluture”, iar în incidența frunză-placă imaginea ventriculelor apare sub forma unor „coarne de taisturnate”.

PEG fracționată și dirijată constă în injectarea, la apariția unei picături LGR, a 8-10 ml aer, după care se fac primele radiografii în poziția „șezînd” din profil pentru vizualizarea cisternelor și a ventriculului III și IV și a apeductului. Injectarea a 10 ml aer cu capul retroflectat vizualizează mai bine spațiile subarahnoidiene și cisternele din etajul anterior și mijlociu în anteflexia, spațiile subarahnoidiene din fosa posterioară.

Pneumoencefalografia „cu suprapresiune” folosită pentru evidențierea unor tumori subtentoriale, constă în injectarea cu viteză de 1-2 ml/minut a 7-12 ml aer pentru ventricolul III, apeductul Sylvius și ventricolul IV și a 15-17 ml aer pentru emisferele cerebrale.

Pneumoencefalografia fracționată și dirijată se utilizează în diagnosticarea formațiunilor înlocuitoare de spații tumorale și netumorale.

Complicațiile PEG sînt determinate de existența unei hipertensiuni intracraniene, care favorizează realizarea de hernii temporale prin orificiul Pacchioni, a amigdalelor cerebeloase prin gaura spitală, a hipocampului prin incizura cortului cerebelului. Uneori, în timpul pneumoencefalografiei, dar și în timpul evoluției spontane a formațiilor înlocuitoare de spații (tumorale și netumorale), apare hernia cerebrală (așa zisele „conuri de presiune”). În suprapresiunea supra-tentorială unilaterală, creierul herniază de partea opusă, pe sub ceasa cerebrală, în partea mijlocie dintre marea inferioară și bază, angajînd subceasa și ventriculii.

Incidențele secundare pneumoencefalografiei sînt: febra, cefaleile, vărsăturile etc., care beneficiază de repaos la pat și o medicație adecvată.

Contraindicațiile relative ale pneumoencefalografiei sînt: insuficiența cardiacă, meningoencefalita acută, meningita hemoragică, sindromul de hipertensiune intracraniană.

Pneumoencefalografia relevă forma și mărimea ventriculilor. Se consideră că ventriculii laterali sînt dilatați după Palvölgyi, atunci cînd indicele ventricular este mai mic de cifra 3,5 între 3 și 3,5 ventriculii sînt moderat dilatați, peste 4 sînt normali,

iar după Evans atunci când raportul este mai mare de 0,31 (indice normal sub 0,30). Indicele ventricular se măsoară pe filmul radiologic din incidența occiput-placă executată la distanța de 70 cm față de film și reprezintă raportul numeric în milimetri între diametrul transversal cel mai mare dintre cele două tăblii interne ale calotei și diametrul centurului extern al prelungirilor frontale ale ventriculelor laterali. Ventricolul III este socotit normal dacă diametrul transversal este de 5 mm.

Indicele ventricular al lui Evans este inversul raportului lui Palvölgyi. Evans împarte diametrul ventriculilor la diametrul transversal al calotei și scoate cifra indicelui ventricular numai cu zecimale, în timp ce Palvölgyi împarte diametrul transversal al calotei la diametrul ventriculilor și scoate indicele ventricular întregi și zecimale. Raportul septumului pelucid cu ventricolul III în mod normal, descrie o linie continuă mediană, fără modificări de deplasare de-o parte sau alta. În cazul unor formații tumorale sau netumorale înlocuitoare de spații intracraniene și în cazul unor cistice, raportul septum-ventricolul III suferă modificări de poziție, în funcție de localizarea procesului. În astfel de cazuri se constată o linie oblică continuă, frântă superioară, concavă, discontinuă sau frântă inferioară.

În legătură cu spațiile subarahnoidiene, când pe radiografiile depășesc 3 mm sînt lărgite, iar sub 2 mm acestea pot fi apreciate ca înguste. Lărgirea spațiilor subarahnoidiene se face pe masa circumvoluțiilor cortexului și constituie un semn indirect de atrofie corticală. Îngustarea spațiilor indică cel mai adesea un proces compresiv de vecinătate. Lărgirea unilaterală a cisternei ambiene, inclusiv lărgirea cisternei corpului calos, se descrie în tumorile de fosă posterioară. Modificările similare se găsesc în tumorile supra- și sub-tentoriale din vecinătatea trunchiului cerebral.

Uneori este necesară combinarea pneumoencefalografiei cu tomografia frontală și sagitală pentru punerea în evidență a tumorilor, a cistelor, a sinuzitelor mai profunde din encefal. Cu ajutorul tomografiei axiale transversale, tot în poziția șezînd se obțin imaginile spațiilor subarahnoidiene subtentoriale (bulb, tensile și emisfere cerebrale).

Aerul injectat în pneumoencefalografie se resorbe din ventriculi în 5-7 zile, iar din spațiile subarahnoidiene ale cerebelului

în primele 24-48 ore, putînd astfel urmări pacientul prin pneumoencefalografie seriata în timp, atunci cînd este necesar.

Atrofiile cerebrale relevate PRG apar evidente în intoxicațiile cronice, sechelele encefalitice tardive traumatiche, toxice sau infecțioase; în pschazele endogene, în demențele prezenile Alzheimer și Pick, în arterioscleroză și senescență. Atrofia poate fi localizată sau difuză, însoțită sau nu de hidrocefalie internă.

Angiografia sistemului carotidian a fost introdusă ca metodă de explorare a creierului uman de Hgas Monis, în 1927.

Circuitul carotido-jugular complet durează 6-8 secunde, timp în care, cu aparatura modernă de radiologie, se pot obține un număr suficient de radiografii pentru a înregistra toți timpii circulatori.

Angiografia vertebrală nu informează, asupra stării arterelor, arteriolelor și capilarelor cerebrale, precum și asupra circulației de întoarcere (venelor, venelor profunde, superficiale și asupra sinusurilor venoase durale).

Metoda directă percutanată este cea mai simplă și mai eficace, injectînd substanță de contrast iodată direct în arborele circulator cerebral. Înainte de injectarea substanței de contrast, se testează toleranța bolnavului la produsul respectiv, prin administrarea pe cale intravenoasă, intradermică sau sublinguală a unei cantități minime de alergen.

În mod obișnuit, se execută două radiografii: una anteroposterioară și alta de profil. Pentru unele detalii se mai practică suplimentar o incidență de trei sferturi față (pentru hematoame, anevrisme cerebrale, de comunicanță anterioară etc.).

De radiodiagnosticul angiografic cerebral beneficiază tumorile cerebrale, și, în general, formațiunile înlocuitoare de spațiu. Malformațiile vasculare cerebrale și craniene beneficiază nu numai de un diagnostic topografic, ci uneori se pot face și precizări etiologice (chistele, meningeomamele, glioblastomamele, abcesele cerebrale etc.).

Venografia orbitală se practică în diagnosticarea exoftalmiilor unilaterale, iar jugulografia în tumorile gliomice - acestea avînd bogată rețea plexurală venoasă.

Scintigrafia cerebrală constă în detectarea și înscrierea grafică a radiațiilor de izotopi radioactivi (gamma-encefalografie);

^{131}I + Indiu ^{113}m + Tehnețiu $^{99\text{m}}$ + Pertechetatul TC^{99} .

În mod obișnuit, tumorile cerebrale radiocaptive apar pe scintigramă sub forma unor zone de radioactivitate cu atât mai cres-

oute cu olt vascularizația lor este mai accentuată (meningeomul, glioblastomul, metastazele). Tumorile mai puțin vascularizate, care se feră transformări chistice - astrocitoamele, oligodendrogliomale, denoamele de hipofiză etc. - sînt depistate într-un procentaj mai redus.

Cu metoda scintigrafiei se pun greu în evidență procesele de la baza craniului (din fosa posterioară), datorită zonei normale de radioactivitate hiperactivă dată de masivul facial și de mușchi.

În afara depistării tumorilor, scintigrafia se mai utilizează pentru determinarea debitului sanguin cerebral regional. Combinația simultană a scintigrafiei cu angiografia este utilizată în testarea tulburărilor circulatorii cerebrale.

Encefalocirculograma folosește ca indicator gaze inerte radioactive introduse intracranian. Metoda permite măsurarea simultană a debitului sanguin în diverse regiuni ale creierului, după administrarea de xenon intracranian cu ajutorul radiațiilor gamma 81 K. Înregistrările efectuîndu-se cu ajutorul camerei de scintilație.

Metoda se poate aplica și pe cale generală, cu indicator difuzabil negazos, respectiv ^{131}I ed- antipirină.

Radiocisternografie scintigrafică (cu radietraseri administrate direct în LCR) pune în evidență modificări ventriculare, procese obstructive, tulburări în dinamica LCR cu semnificație localizabilă. În acest scop se folosesc radionuclizi neiritanți cu difuziune rapidă.

Reoencefalografia definește cantitatea de curent-rheus care traversează encefalul în funcție de impedanță. Tehnica se referă la trecerea unui curent alternativ de înaltă frecvență printr-un țesut sau organ viu, care determină apariția unor variații de impedanță. Impedanța se definește ca o mărime fizică ce exprimă opoziția pe care o manifestă un țesut la trecerea unui curent alternativ. Rezultatele se interpretează în contextul clinic, corelate cu examenul fundului de ochi și al testelor de dislipidemie, eritind diagnosticul către tablouri clinice consecutive unor leziuni vasculare. Curba reoencefalografică apare modificată în arterioscleroză cerebrală, maladia Bîrger, demența senilă și vasculară, demența presenilă Pick și mai ales, Alzheimer.

Reoencefalografia. Investighează S.N.C. cu ajutorul ultras-

netului. Ultrasunetele de frecvență 1-6 megacioli străbat țesuturile cerebrale și sînt reflectate sub forma de ecou median de către structurile subiacente (peretele ventriculului II, septum pelucidum, coasa creierului, complexul pineal). În cazuri patologice, ecoul median este deplasat. Se utilizează în diagnosticul tulburărilor psihice din cadrul proceselor expansive intracraniene, determinînd și focarul lezional. Există două feluri de ultrasonoencefalografie (USEG) și anume: USEG de tip A, în care deflexiunile verticale ale ecourilor se înscriu chiar pe linia de bază, pe care este marcată scala distanțelor, USEG de tip B - metoda constă în traducerea prin spoturi luminoase a ecourilor. Se obțin informații ecografice asupra poziției structurilor mediane, cît și a unor neoformații de duritate diferită din parenchim.

Studiul circulației sanguine cerebrale. Se poate face cu indicatori gazoși folosind gaze inerte radioactive. Se utilizează xenonul introdus intracarotidian, care permite măsurarea simultană a debitului sanguin în diverse regiuni ale creierului cu ajutorul radiațiilor gama 81 KeV. Înregistrările se fac cu ajutorul camerei de scintilație. Se depistează insuficiența circulației cerebrale, tromboze sau stenoze, ca și funcționalitatea vasomotorie cerebrală, comparativă a celor două emisfere. Această metodă se mai poate face și cu indicatori difuzabili, negazoși folosindu-se ^{131}I -antipirină.

Examenul poligrafic. Odată cu extinderea metodelor a apărut necesitatea completării lor și cu alte metode bioelectrice. S-au impus astfel studiile poligrafice, pentru a constata răsunetul perturbărilor bioelectrice cerebrale la nivel periferic, realizat prin intermediul sistemului nervos vegetativ și neuronal. Astfel EEG se poate asocia cu EEG, electroretinograma, pneumograma, gastrograma, ple-tismografia digitală, oculograma, nistagmograma și chiar unele constante biochimice. În acest sens, s-a impus în psihiatrie examenul somatic clinic și de laborator al întregului organism, aceasta cel puțin din următoarele considerente:

Ajută la eliminarea factorului somatic în afecțiuni psihotice endogene. Dă indicații în unele cazuri asupra efectului tratamentului și a prognosticului bolii. Indică gradul de rezistență a organismului, oferind indicații și contraindicații, în vederea aplicării unor tratamente psihiatrice de caracter particular (terapie convulsivantă, insulinoterapie, piretoterapie, neuroleptice incisive)

cu un anumit grad de periculozitate. Indică, în unele cazuri, substratul organic al unor suferințe psihice de intensitate variabilă. Pentru aceasta, în afara examenelor expuse mai sus, se impun: examenul electrocardiografic, radioscopii și radiografii pulmonare, investigații stării ficatului, pancreasului și rinichiului, de asemenea și a unor constante biologice (uree, coloruri, calciu, glicemie). Nu înșăstăm asupra acestor tehnici cunoscute, insistăm însă asupra necesității efectuarii lor după caz și, în special, investigarea funcției hepatice (probe hepatice, electroforeză, RSP, TGO și TGP), cât și a testelor biochimice din ateroscleroză pe fondul căreia se pot dezvolta diverse afecțiuni psihice (dozarea colesterolului, fosfolipidemie, lipide totale, testul Kunkel, exprimat în unități Veemer, dozarea lipoproteinelor serice, α_1 , α_2 , β_1 , β_2).

III. Examenul lichidului cefalorahidian

Lichidul cefalorahidian (L.C.R.) este în cantitate de 14-30 ml la adult, 80-120 ml la adolescent și 40-60 ml la sugar, fiind repartizat în două spații ale sistemului nervos (unul central, reprezentat de ventriculi și altul periferic constituit din spațiile subarahnoidiene). La adulți, este distribuit în cantități variabile în trei compartimente, astfel: în ventricoli - 35 ml; în spațiile pericerebrale - 25 ml; în spațiile subarahnoidiene spinale - 75 ml.

Sediul principal de producere se găsește la nivelul plexurilor choroide, dar o fracțiune importantă provine direct din țesutul nervos, după ce a traversat pereții ventriculari. LCR poate fi considerat mediul intern propriu al sistemului nervos, după sînge și limfă reprezentînd al treilea mediu intern al organismului.

Secreția sa este permanentă, în fiecare minut fiind introdus în circulație 0,4-0,5 ml. La adult, LCR este reînnoit la fiecare 7 ore. Noțiune importantă de cunoscut, deoarece rezultatele unei puncții lombare nu reprezintă decît un instantaneu al vieții sistemului nervos și variații considerabile pot fi înregistrate în 24 ore interval, fără a fi nevoie să considerăm că a intervenit o eroare de laborator.

LCR este separat de plasma sanguină printr-un sistem morfologic funcțional care împiedică pătrunderea în spațiile lichidiene a substanțelor macromoleculare și realizează un anumit obstacol în calea difuziunii substanțelor cu molecule de dimensiuni mai mici, permițînd o liberă difuziune a apei, realizînd bariera hemato-lichidiană.

nă.

Substratul morfologic este reprezentat de epiteliul choroidean, stratul meningoblastic extern al arahnoidiei, epiteliul ciliilor arahnoidieni ca și de endoteliul vaselor care străbat spațiul subarahnoidian.

La copii mici există o permeabilitate fiziologică crescută a barierei hemato-cerebrale, ceea ce reiese din faptul că LCR al copiilor mici este mult mai asemănător cu serul în privința compoziției, decît la adult. Permeabilitatea crescută a barierei copilului se reduce în jur de 6 ani și atinge, probabil, valoarea finală abia la sfîrșitul maturării sexuale.

Rolul fiziologic al LCR reiese din raporturile sale anatomice și fiziologice cu sistemul nervos central (SNC); el este foarte complex, putîndu-se diferenția o serie de roluri biomecanice legate de statică și forma structurilor SNC, precum și o serie de funcții biodinamice care se referă la realizarea homeostaziei și a schimburilor moleculare ale acestuia.

Relurile biomecanice se pot împărți în:

a) Rol de asigurare și menținere, împreună cu structurile semirigide ale meningelui, a formei structurilor anatomice ale SNC;

b) Rol de apărare a formațiilor nervoase de agresiuni mecanice, șocuri etc;

c) Efectul antigravitațional al pernei lichidiene în care plutește masa encefalică și care are drept rezultat o eliminare a efectului nociv al accelerațiilor de intensitate mare.

Relurile biodinamice se referă la capacitatea LCR de a servi ca mediu de schimb metabolic.

a) Rolul limfatic constă în capacitatea LCR de a colecta și elimina surplusul de lichid interstițial din masa tisulară a SNC;

b) Rolul de „canal” (sink-action) al LCR se referă la capacitatea acestuia de a asigura eliminarea unor specii moleculare, care constituie surplusuri sau deșeuri metabolice rezultate din activitatea celulelor SNC, cum ar fi unii aminoacizi, acidul lactic, metaboliți ai serotoninei sau depaminei sau alte molecule cu rol de mediator chimic central. Această activitate are rol și în cazul unor substanțe farmacodinamice sau toxice, care

au ajuns în mod accidental la nivelul spațiilor lichidiene;

c) Rolul de realizare și menținerea a homeostaziei mediului molecular în care se desfășoară activitatea SNC, probabil rolul cel mai important al LCR;

d) Rolul de transport al unor molecule cu funcție hormonală de la nivelul lor de biosinteză către celulele țintă.

Recoltarea și transportul LCR. Recoltarea, în condiții de asepsie perfectă, se face prin puncție rahidiană, lombară sau suboccipitală, după ce în prealabil, prin istoricul bolii sau ventual printr-un examen de fund de ochi, s-a exclus posibilitatea ca bolnavul să aibă hipertensiune intracraniană (tumoră cerebrală). La copilul mic se practică și puncție ventriculară.

Puncția rahidiană se recomandă în: meningoencefalite, neuroinfecții, neureparazitoze, neuroleues, traumatisme cranie-cerebrale, sindroame polinevritice.

Compoziția LCR. Având ca substrat apa, LCR are o compoziție moleculară complexă, la care se adaugă celule. Deși marea majoritate a moleculelor din LCR își au originea în plasma sanghină, există și substanțe care provin din activitatea metabolică sau de biosinteză a SNC. În schimb, lipsesc din LCR o serie de substanțe prezente în plasmă ca: fibrinogenul și protrombina, pigmentii biliari, majoritatea tipurilor de lipide, hormoni estrogeni și androgeni, insulina etc., a căror apariție în LCR are semnificație patologică.

LCR este un mediu relativ hiperosmolar în raport cu plasma sanghină, gradientul de presiune osmotică LCR/plasmă fiind de cel puțin 180 mm Hg.

LCR este un mediu relativ acid, hipooxygenat și hipercoarbo-nic în comparație cu plasma sanghină. Aceste fapte ca și lipsa eritrocitelor și concentrația proteică fac ca echilibrul acido-bazic ca și mecanismele locale de menținere a sa să se realizeze de o manieră proprie, în care acidul lactic și bicarbonatul dețin un rol determinant. pH-ul LCR este mai scăzut ca cel plasmatic, probabil datorită concentrației mai ridicate de CO_2 și de acidul lactic, precum și unei concentrații mai scăzute cu 25% de bicarbonat în raport cu plasma.

Compoziția biochimică a LCR. LCR este constituit din electroliți și neelectroliți în concentrație de 1%; 99% sau peste, în LCR ventricular, fiind reprezentat de apă.

În general, LCR nu conține molecule de dimensiuni mari. Componentele biochimice ale LCR cu semnificație diagnostică importantă sînt:

- glucoza, care se găsește în concentrație de 0,50-0,70 mg%, glicorahia reprezentînd 55-75 % din valoarea glicemiei, raport care se menține și în caz de hiper sau hipoglicemie. Valoarea glicorahiei precizează etiologia bacteriană sau virală a meningitelor;

- acidul lactic, 1,55-2,2 mEq/l, metabolit important pentru diagnosticul meningitelor bacteriene;

- alcool etilic, metabolit cercetat în caz de suspiciune de meningită micotică;

- Clorurile sînt scăzute numai în meningite tbc, valorile crescute merg paralel cu cele din sînge și se întîlnesc în nefrite, abcese și tumori cerebrale. Valoarea lor normală în LCR este de 7,3 g %;

- Proteinele lichidiene au trei origini: sîngele (prin intermediul plexurilor choroide), țesutul nervos și, în măsură mai mică, celulele (limfocitele) circulante în LCR. Următoarele două surse pot deveni foarte importante în cursul diferitelor afecțiuni, în cazul indivizilor normali nefiind semnificative. Examinarea proteinelor din LCR se face în trei etape: chimică, electroforetică și imunochimică. Dozarea chimică a proteinelor totale se practică în prezent prin metoda Lewry, singura chimică bine definită, rapidă, simplă și necesită o cantitate redusă de LCR. Normal, cantitatea de proteine totale variază în jur de 400 mg/l $\pm$ 120, ceea ce înseamnă că orice proteinorahie cuprinsă între 280 mg/l și 500 mg/l trebuie considerată ca normală. Proteinorahia cisternală reprezintă aproximativ 2/3 din proteinorahia lombară, iar lichidul ventricular conține numai 200 mg/l proteine în medie. La bărbați valorile medii ale proteinelor sînt mai crescute ca la femei. Important pentru precizarea diagnosticului unor boli ale SNC este raportul gamaglobuline/proteine totale și este considerat patologic cînd depășește 5%, valorile normale fiind de 5%. Testele calitative pentru determinarea proteinelor din LCR sînt reprezentate prin reacția Ladd, care evidențiază în special serinele și reacția Nonne Apelt, care pune în evidență globulinele, intensitatea fiind notată prin plusuri de la + la +++.

Componenta celulară - numărarea leucocitelor din LCR pre-

zintă valori variabile, în funcție de natura și stadiul evolutiv al afecțiunii. Numărul leucocitelor din LCR pe lângă valoarea diagnostică are și importantă semnificație prognostică. În mod normal, LCR conține mai puțin de trei elemente/mm³, putând ajunge la 500 în meningita tuberculoasă, 1000 în meningita virală și câte-va mii în meningitele bacteriene.

La noul născut se remarcă o pleiocitoză fiziologică, numărul de elemente variind între 10 și 30 elemente/mm³.

Electroforeza LCR. După concentrarea LCR, se constată prezența a șapte fracțiuni principale. Se aduc informații importante privind analiza diferitelor fracțiuni proteice ale LCR și, comparativ cu electroforeza serului, starea imunitară a SNC.

Analiza sintetică a diferitelor fracțiuni proteice poate arăta:

- creșterea alfa globulinelor în procesele maligne, în colagenoze asociindu-se și gama globuline;

- sub aspect calitativ apariția oligoclonală a 2-5 fracțiunii gamma este relevantă pentru reacțiile imunitare anormale, induse de persistența uneia din următoarele boli: neuroleuesul, scleroza în plăci, panencefalita sclerozantă subacută (PBSS) și diverse parazitoze (în special tripenosemiana).

La LCR normal, IgM nu se pune în evidență totuși cercetarea prezenței IgM este importantă, deoarece prezența ei susține existența unui proces infecțios de natură neuroleuesică sau meningitică.

Examenul LCR în neurosifilis este deosebit de important, deoarece în prezent, pe lângă cazurile care evoluează atipic, oligosimptomatic, există și forme de neuroleues latent, fără manifestare clinică.

Citologia și proteinerahia nu prezintă patognomonice pentru precizarea diagnosticului, în peste 70 % din cazuri se observă o pleiocitoză redusă, între 5-10 elemente/mm³, cu predominanța limfocitelor și uneori apariția plasmocitelor; proteinele pot înregistra o creștere moderată, până la 19 % în 40 % din cazuri. Esențial pentru precizarea diagnosticului de neurosifilis este examenul imunologic ce evidențiază prezența anticorpilor în LCR.

Reacțiile serologice de diagnosticare a sifilisului, în funcție de natura antigenului cu care se realizează aceste teste,

se împart în două grupe:

- teste netreponemice, în care antigenul este cardiolipina și este utilizat în reacția de precipitare VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) și în reacția de fixare a complementului (RFG);

- testele treponemice folosesc ca antigen treponema: treponema Reiter și treponema pallidum.

Treponema pallidum patogenă este folosită ca antigen în seria de reacții serologice specifice dintre care cităm:

- testul Nelson - Mayer numit TPI-test de imobilizare a treponemelor;

- FTA-Abs (Fluorescent treponemal antibody absorption) test

- TPMA-(Treponema pallidum hemagglutination passive) test;

- SPHA (Solid phase hemadsorption assay).

În neurosifilis, frecvența pozitivității reacțiilor serologice netreponemice depășește 90 % din cazuri în sânge și 75 % în LCR.

Reacția VDRL este pozitivă în LCR în peste 60 % din cazuri, iar FTA-Abs, TPI și TPMA sînt întotdeauna pozitive în sânge și LCR.

Un diagnostic sigur de neurosifilis necesită stabilirea originii anticorpilor evidențiați, în LCR, cu efectuarea unor comparații cantitative a proteinelor și a testelor imunologice pentru sifilis în ser și LCR.

Diagnosticul modern al neurosifilisului urmărește evidențierea unei producții locale de imunoglobuline în SNC și demonstrarea specificității treponemice a imunoglobulinelor în LCR.

Evidențierea prezenței IgM în LCR pe lângă precizarea diagnosticului permite și evaluarea oportunității tratamentului, deoarece criteriul clinic nu este decisiv pentru hotărîrea conduitei terapeutice, chiar cînd s-a produs sterilizare bacteriologică leziunile pe care spirocheta le-a produs în SNC sînt ireversibile.

Examenul oftalmologic în psihiatrie

Examenul oftalmologic este important în practica psihiatrică, el oferind, atunci cînd este interpretat corelativ cu celelalte date clinice și examene paraclinice complementare, un bogat material informațional.

Acest examen se impune în vederea depistării unor afecțiuni generale (A.S.C.) oft și a unor afecțiuni cu localizare cerebrală (tumori), a căror manifestare poate îmbrăca tabloul clinic al unei suferințe psihice.

Examenul oftalmologic direct.

A. Poziția globilor oculari. Exoftalmia poate fi redusă, bilă, intermitentă sau pulsatilă, determinată de cauze orbitooculare, paraorbitale, craniocerebrale și somato-viscerale.

Enoftalmia este introducerea în orbită a unuia sau a ambilor globi oculari sub o proeminență de 12 mm. Poate fi congenitală sau câștigată. Cea congenitală este de obicei unilaterală, datorită unui traumatism obstetrical, și se asociază cu strabism și asimetrie a feței. Enoftalmia câștigată poate fi traumatică sau spontană, aceasta din urmă putând fi determinată de boli consumptive sau lezarea simpaticului cervical. Modificări ale poziției globilor oculari se întâlnesc în diverse distrofisme cu forme de oligofrenie. Lezarea simpaticului cervical dă naștere tabloului clinic caracteristic al sindromului Claude-Bernard-Horner (enoftalmie, mioză, ptoză).

Tulburări ale motilității oculare. Nervii care asigură motilitatea oculară pot participa la variate procese patologice, de la cele mai banale infecții periferice până la procese care interesează trunchiul cerebral. Astfel se disting: limitarea excursiei globilor oculari, deviația paralică și, ca o consecință, are loc fenomenul subiectiv de imagine falsă întâlnită în cadrul diplopiei, care constituie tabloul simptomatic al paraliziei oculomotorilor. Se întâlnește în encefalopatie alcoolică Gayet-Wernicke, prin atingerea dreptului extern, în sifilisul congenital.

Oftalmoplegiile sînt paralizii care interesează mai mulți nervi cranieni, iar diagnosticul pozitiv se pune pe semnele intrinseci ale paraliziei. Se întâlnesc în demența alcoolică de tipul Marchiafava-Bignami, oligofrenii.

Paralizia mișcărilor conjugate—paralizii de lateralitate, verticalitate convergență, derivații conjugate ale capului și ochilor, care se pot întâlni la unele crize epileptice (crize motorii adverse).

Strabismul. Prin frecvența sa asociere cu manifestările neurovegetative, stări nevrotice, diferite grade de oligofrenii, se impune evidențierea lui în cadrul examenului oftalmologic și interpretat în contextul general.

Nistagmusul exprimat prin mișcări ale globilor oculari cu aceeași rapiditate în ambele sensuri (nistagmus pendular) sau avînd o fază rapidă și o revenire lentă (nistagmus în resort). El poate fi întâlnit în condiții fiziologice provocate de deviația maximă a globilor oculari (nistagmus de deviații), sau în cazul unui ochi acoperit (nistagmus latent). În condiții patologice, pot apare spontan: nistagmus amaurotic sau ambliopic, nistagmus ocupațional, denumit al minerilor și nistagmus optocinetic. Se mai descriu nistagmus vestibular spontan periferic (apare în cursul sindromului vestibular periferic, în asociere cu semne cohleare) și nistagmus vestibular spontan central vertical sau orizontal, fără caracter rotator (apare în leziuni corticale ale lobilor frontali, calota pedunculară și cerebeloasă anterioară și mediană).

Examenul pleoapelor. Hipertonie prin lezarea ridicătorului pleoapelor și a mușchiului neted Müller—lărgirea palpebrală.

Lagofthalmia se produce prin lezarea perechii VII în trunchiul periferic caracterizat prin deschiderea permanentă a fantei palpebrale și imposibilitatea de contracție a mușchiului orbicular al pleoapelor, clipește rar de mică amplitudine, tulburări ale secreției lacrimare și apariția cheratinei lagofthalmice.

B. Modificări patologice ale pupilei

Modificări statice. Pot fi de cauză legală dar și extraoculare. Anizocoria se întâlnește în neuroleues și uneori în encefalopatie alcoolică Gayet-Wernicke.

Modificări dinamice ale pupilei. Se evidențiază sub diverse aspecte de tipul midriazei, miozei, tulburări ale reflexelor pupilare, ale reflexului fotomotor și de acomodare la distanță. În psihiatrie, tulburările dinamicii pupilare pot fi ca mioză bilaterală, ce se constată în meningite, tabes, PGP, scleroză în plăci, în intoxicații cu ciuperci, opium, nicotină, uremie, stări comatoase, în unele forme de alcoolism și în crizele majore epileptice, în prima fază. În PGP se întâlnește un grad de mioză, anizocorie, contur

neregulat, dispariția reflexului fotomotor, cu păstrarea acomodării la distanță semn care este caracteristic neuroleuesului. În scleroza în plăci, mioza nu este însoțită de modificări ale reflexului fotomotor.

Midriaza bilaterală se întâlnește după instilații cu atropină, cocaină, intoxicații acute medicamentoase cu beladenă, scopolamină, ciuperce, neuroinfecții care interesează perechea a III-a. Toate acestea se asociază cu o paralizie de acomodatie. Midriaza unilaterală, în afara anizocoriilor, poate fi dată de aceleași cauze, după un traumatism ocular cu fractura orbitei și interesarea canalului optic. Midriaza în basculă, are un caracter spastic, se întâlnește în boli nervoase, în PGP la început, tabes, scleroză în plăci, mielită cervicală, hidrocefalie și în tulburări reflexnevroscice.

Modificări ritmice exagerate ale diametrului pupilar la diferențe de 2 mm și mai mult constituie starea patologică de hippus, care poate fi fiziologică, de mică amplitudine, dar apare în afecțiuni meningocerebrale, scleroza în plăci, encefalite, miastenii, și nevrose.

C. Alterări ale câmpului vizual periferic

Hemianopsia este un deficit bilateral al câmpului vizual, având ca semnificație o alterare a căilor, de la chiasma optică până la cortexul occipital. Hemianopsiile pot fi heteronime sau omonime.

Hemianopsia heteronimă bitemporală, binazală, orizontală superioară și inferioară se întâlnește în traumatismele craniocerebrale sau tumori și interesează jumătățile simetrice ale câmpului vizual.

Hemianopsia omonimă apare prin leziuni la nivelul căilor optice retrochiasmatiche sau ale centrului cortical al vederii și interesează jumătățile laterale ale aceleiași părți din câmpul vizual.

Scotomul hemianopsic constă în prezența unor zone lipsite de vedere, situate într-un cadran al câmpului vizual, de forme și mărimi variabile. Toate aceste tulburări pot fi provocate de cauze traumatice, inflamatorii, vasculare sau tumorale.

Modificările câmpului vizual colorat (discromatopsiile)

În cazul când nu este o discromatopsie congenitală, acest

examen permite depistarea sindroamelor chiasmatiche, leziuni retrochiasmatiche, constând în disociația cromatică între alb și culori.

D. Examenul obiectiv al fundului de ochi. Se efectuează prin oftalmoscopie indirectă cu ajutorul unei oglinzi concave și lupă de +13 dioptrii și oftalmoscopie directă cu ajutorul oftalmoscopului electric, cu refracție. Pentru examinare, este necesară instalarea unei midriaze (hematropină 1%, adrenalină 1%, sau neozinefrin 10%) care se aplică cu prudență, la persoane în vârstă existând pericolul de a declanșa o criză de glaucom. În mod normal zonele topografice ale fundului de ochi prezintă următoarele aspecte:

Papila nervului optic este un disc plat, situat în polul posterior, de culoare ușor rozată, mai intensă în sectorul nazal. În centru, papila prezintă o ușoară infundare de culoare mai alăbăstrăie fiziologică - în fundul căreia se poate distinge desenul lamei criblate. Conturul papilei este mai marcat temporal și ușor estompat nazal. În raport de unele vicii de refracție, pot apărea modificări de aspect ale papilei. În hipermetropie papila poate apărea congestivă, cu marginile șterse, simulând o nevrită. Ea este așa-numita pseudonevrită hipermetropică. În miopie papila apare mai largă, cu o deformare a conturului extern - conus miopic. În astigmatism papila poate apărea ovalară în sens vertical sau orizontal cu marginile estompate, de asemenea aspectul papilei poate fi modificat în unele boli congenitale.

Vasele retiniene ies dintr-un peduncul vascular situat în centrul discului optic. Artera centrală a retinei ram al arterei oftalmice, se divide la nivelul papilei într-o ramură superioară și alta inferioară, care la rândul lor se bifurcă fiecare în două ramuri terminale: una nazală superioară și temporală superioară și alta nazală inferioară și temporală inferioară. Fiecare arteră are un omolog venos. Arterele sînt subțiri, colorate roșu deschis, venele mai largi și colorate mai închis.

Macula lutea este o zonă roșu-sumbru, ocrotită de abberizațiile vaselor avînd un punct strălucitor în mijloc-fovea centrală - situată în partea externă a papilei, la distanță de aproximativ 2 diametri pupilari.

Câmpul oftalmologic cuprinde toată suprafața retinei în care sînt integrate zonele topografice descrise, de culoare roșie

cu nuanțe individuale în raport de pigmentarea generală și locală. Examenul oftalmologic mai cuprinde și măsurarea tensiunii arterei centrale a retinei, care indică într-o anumită măsură hemodinamica circulației cerebrale. Oftalmodinamometria se face cu oftalmodinamometrul tip Ballard sau Müller. Tensiunea diastolică din artera centrală a retinei reprezintă 43 % din tensiunea diastolică humerală.

Semiologia oftalmoscopică. Edemul papilar neinflamator sau staza papilară prezintă un tablou caracteristic, care îl diferențiază de edemul inflamator sau de cauză vasculară. Este secundar hipertensiunii intracraniene și evoluează în trei faze: Faza incipientă se caracterizează prin ușoară congestie a discului optic, cu estomparea marginii superioare și inferioare, venele sinuoase și dilatate, arterele mai contractate, edemul mai mult sau mai puțin discret, maschează pe alocuri vasele retiniene. Uneori premergător acestor modificări pot apare mici hemoragii și exudate retiniene. Tensiunea diastolică în A.T.S. poate fi crescută dar mai ales crește tensiunea venoasă.

Faza floridă. Proeminența papilei la aspect de ciupercă sau orizantă până la 6-8 dioptrii sau 2-2,5 mm. Marginile papilei apar complet șterse, înecate în edem. Venele dilatate și sinuoase, arterele spastice și exudate, care în regiunea maculară pot căpăta o dispoziție stelată T.A.C. revine la normal sau chiar scăzută. În această fază se întâlnesc constant hemoragii în formă de glăcări, dispuse în papilă și peripapilar. Către sfârșitul acestei faze pot apare în papilă vase de neoformație.

Faza de resorbție. Este faza terminală a stazei, edemul scade în 8-10 zile (după înlăturarea cauzei care a provocat-o) și dispare complet în trei săptămâni. Uneori poate rămâne o neregularitate a conturului discului optic. În alte situații, când hipertensiunea intracraniană persistă, se instalează atrofia optică, cu diminuarea proeminenței papilare, decolorarea alb-cenușiu, estomparea marginilor. Corespondența stazei papilare, cu funcție vizuală este importantă pentru diagnosticul diferențial. În nevrita optică edematoasă, acuitatea vizuală, simțul culorilor și simțul luminos sînt afectate precoce, pe cînd în stază, ele se păstrează o bună perioadă apărînd tardiv în faza floridă. Pseudonevrita hipermetropică se precizează prin determinarea obiectivă a viciului de refracție. În

unele cazuri, cînd staza papilară se însoțește de hemoragii pasive, de lacuri și exudate fibrinoase dispuse în staza maculară, poate fi confundată cu neuropatie hipertensivă malignă.

Staza papilară bilaterală. Hipertensiunea intracraniană (HIC) este expresia edemului neinflamator, realizat prin compresie mecanică a nervului optic, AV fiind normală o lungă perioadă de timp. Staza papilară exprimă o dublă leziune vasculară cu producerea unui edem circumscriș și cu imposibilitatea sistemului capilar teritorial de a resorbi lichidul transudat.

Prezența unei acuități vizuale și a unui câmp vizual bun, diferențiază staza papilară de edemele de cauză inflamatorie. În staza papilară, AV scade progresiv și poate evolua pînă la cecitate, dacă nu se îndepărtează cauza care generează HIC.

Diagnosticul de stază papilară se poate suspiciiona fără examenul FO în condițiile întunecării pasagere a vederii, urmată apoi de orbiri trecătoare, de cîteva secunde, care se pot repeta de mai multe ori pe zi.

În afară de tumori, staza papilară mai poate fi întâlnită în boala hipertensivă - stadiul nefrogen.

Modificările FO în hipertensiunea arterială se dezvoltă stadiul.

Stadiul I (neurogen). Arterele apar ușor strîmțorate spasmele tranzitorii traducîndu-se prin neregularități moniliforme pe unele ramuri arteriale.

Cu timpul, HTA imprimă vaselor retiniene un grad progresiv de scleroză, cu instalarea unor leziuni similare în carecare măsură celor din angioscleroza retiniană fără HTA.

Papila și țesutul retinian nu prezintă modificări patologice.

Stadiul II (de tranziție - după Lang). Se observă o ușoară îngustare și scleroză a arterelor retiniene, iar venele apar dilatate cu sinuozități moderate. La încrucișarea arteră-venă, aceasta apare strîmțată la punctul încrucișării. Uneori vena este deviată din parcurs, făcînd un cot (semnul Salus Cunn). În cazul unei duble încrucișări, vena este dilatată între cele două încrucișări. Papila este normală, lipsesc hemoragiile.

În stadiile tardive ale fazei neurogene și în stadiul de tranziție Lang, consecutiv persistenței tensiunii urcate și repetării spasmului, apar leziuni oculare organice. Din stadiul funcțional

al modificărilor vasculare (angiepatie hipertonică) se ajunge la angioscleroză hipertonică.

Stadiul III. Arterele sînt strîmțate parțial, cu neregularități de calibru, datorită îngroșării peretilor (semne de scleroză), semnul încrucigării fiind mai expresiv. La nivelul încrucigării pot să apară mici hemoragii. În această fază se pot produce obliterări prin tromboză a venei centrale a retinei sau a ramurilor sale.

Stadiul IV - pe lângă modificările din stadiul III, prin progresia procesului de scleroză vasculară pot să apară și obliterări arteriale întinse. Vasul se prezintă ca un fir alb, însoțind leziuni degenerative (capilareoză, formațiuni lacunare, degenerescențe musculare). Modificările din acest stadiu se încadrează în retinopatia vasculară. Foarte rar, edem discret al papilei datorită leziunilor vasculare scleroase.

Stadiul nefrogen al bolii hipertensive este caracterizat prin retinopatie, edem papiloretinian, pete albe exudative și hemoragii peripapilare, inter-papilomaculare și perimusculare.

Edemul interesează papila și retina. Papila voalată, ușor predominantă, hiperemică cu margini șterse. Edemul papilar exprimă exteriorizarea unui edem cerebral.

Manifestările sînt bilaterale. Acuitatea vizuală variabilă de la foarte bună la scăzută.

Simptome generale oculare: senzația de ceață, muște volante, uneori scăderea vederii.

Tulburările psihice în stadiul III și IV sînt dominate de tulburări mnezice prin suferință cerebrală; slăbirea memoriei, a capacităților intelectuale, scăderea conștiinței bolii, indiferență, se asociază și fenomene de pseudobulbarism cu reflexe palmo-tonier prezent, elemente de tip paretic și afazio. În stadiul nefrogen apar frecvente ictusuri și paroxisme hipertensive. Treptat, hipertensiunea provoacă o encefalopatie vasculară mixtă, prin accentuarea modificărilor arterio-sclerotice.

Sindromul Föster-Kenedy este caracterizat prin atrofia optică de tip primitiv, cu scotom central și aneizie de partea leziunii (prin compresiunea directă a nervului optic) și prin stază papilară de partea opusă (prin hipertensiune intracraniană). Acest sindrom cu variantele sale a fost considerat ca patognomonie pentru tumorile de lob frontal și mai ales pentru meningioamele ganglioni

alfactiv și a treimei interne a aripei mici a sfenoidului. Astăzi, se știe că el poate apare și în afecțiuni inflamatorii endocriene, procese vasculare, traumatisme craniene și chiar afecțiuni oculare. Pseudosindromul Foster-Kenedy este de origine oculară avînd o cauză diferită pentru fiecare ochi. Exemplu: nevrita retrobulbară la un ochi și edem papilar prin hipertensiune arterială la celălalt ochi; atrofie optică prin obstrucția arterei centrale și neuroretinopatie hipertensivă simulînd staza la celălalt ochi; decolorarea optică postnevritică retrobulbară la un ochi și papilară la celălalt.

Congestia papilei (papila-roșie)

Este simptomul de bază al retinei optice dar nu obligatoriu. Se descriu două tipuri: nevrita optică cu semne funcționale și manifestări oftalmoscopice de tip congestiv sau edematos și nevrite optice cu semne funcționale, dar fără manifestări oftalmoscopice. De reținut că în nevritele optice (papilite) adaptarea la lumină și acuitatea vizuală centrală și cu deosebire câmpul vizual, sînt interesate în mod constant și precoce. Scotoamele, în raport de fibrele nervoase atinse, pot fi centro-cecal, arciforme, comic interior etc. Diagnosticul etiologic recunoaște cauze locale sau generale inflamatorii. Cele de cauze generale sînt totdeauna bilaterale. Se pot întîlni în cursul bolii Schilder-Poix, meningite acute și în luea, ca o manifestare secundară însoțită de paralizii oculomotorii, tulburări ale acomodatiei, dilatării sau reflexiei papilare. În timp ce pentru sifilis infecția primară a nervului optic este regula, în infecția tuberculoasă se constată foarte rar nevrita optică primară. Nevritele optice toxice apar în intoxicații acute ca filia mas, barbiturice, alcool metilic, chimică sau cronice alcoolice, tabagice, saturnism. Pseudopapilitele vasculare aterosclerotice debutează prin deficit vizual brutal, de regulă ireversibil. Fundul de ochi prezintă edem papilar, exudate hemoragice retiniene, arterele subțiri și sclerozate, venele dilatate. Frecvent, se suprapun simptomele unei retinopatii hipertensive de gradul I-II, sau o arterită temperală.

Atrofia optică (papila albă). Diagnosticul este confirmat și de semne funcționale, neexistînd totuși un paralelism între aspectul și gradul decolorării discului optic și scăderea funcției vizuale. Ele pot fi atrofii optice simple sau primitive și a-

trofii optice secundare.

Atrofiile optice primitive. Discul optic apare decolorat uniform, alb, alb-cenușiu sau galben. Conturul este mai delimitat la acest nivel cu retina, lama criblată net vizibilă, cu înfundare în farfuri, care nu trebuie confundată cu excavația în căldare din galcom. Semnele oculare ale atrofiei optice sînt: deficite campimetrice, modificări statice și dinamice ale pupilelor, paralizii de oculomotor. În atrofiile optice parțiale, examenul câmpului vizual pune în evidență un scotom central pentru roșu și verde, iar apoi pentru alb. În atrofia optică totală vederea centrală poate fi multă vreme păstrată.

Atrofii optice secundare apar după afecțiuni inflamatorii și degenerative (idiotia familială amaurotică, degenerescența centrală maculară a retinei); de cauză circulatorie (aterosclerotică, post-hemoragică); prin compresiuni sau tracțiuni (glaucomatoase, post-ede papilar, anevrism al arterei centrale, tumori ale tecilor nervilor optici, aderențe inflamatorii); post inflamatorii locale și generale (septiceмии, tuberculoză, sifilis, tabes, PGP); toxică (diabet, hipertiroidism, tutun, alcool, plumb); traumatică și de cauză necunoscută-boala Leber. Atrofia optică tabetică apare precoce față de celelalte manifestări ale tabesului, uneori rămînînd unicul simptom și realizînd forma optică a tabesului. Afecțiunea este bilaterală, decolorarea papilei precedînd deficitele funcționale, evoluează lent, progresiv spre cecitate. Semnele papilare sînt precoce: amizocorie, cu slăbirea contracției pupilei la lumină (o formă incipientă de reflex Argyll-Robertson), mioză constantă, atrofii iriene, paralizii oculo-motorii trecătoare cu diplopie tranzitorie, ptozis incomplet și permanent. În atrofia optică din PGP reflexul Argyll-Robertson se constată într-un procent mai redus față de tabes, adesea pupila este dilatată și imobilă la acomodare și convergentă, modificările pupilare putînd fi prezente chiar în absența atrofiei optice. Atrofia este asemănătoare ca în tabes, dar apare mult mai tîrziu. În scleroza în plăci, se constată o atrofie optică de tip parțial.

Aspectul proliferativ al retinei este determinat de tumorile nervului optic, neurofibromatoza (boala Recklinhausen), scleroza tuberoasă Bourneville-afecțiuni care fac parte din cadrul facomatozelor.

Idiotia amaurotică infantilă Tay-Sachs. Fundul de ochi evidențiază decolorarea și atrofia pigmentară a papilei, vasele de aspect normal. În regiunea maculară, zonă de edem cu un disc alb-galben în centrul căruia contrastează macula de culoare roșie.

Idiotia amaurotică juvenilă Spielmeier-Vest apare între 3-25 ani. Papila palidă, ceroasă, vasele filiforme, regiunea maculară fin pigmentată, iar la periferie mici pete gălbui.

Degenerescența maculară familială juvenilă Stargardt, survine la copii între 10-15 ani, fundul de ochi apare normal, cu excepția regiunii maculare, care prezintă edem inconstant, inegal și strălucitor. Evoluția progresivă, iar pe parcurs apar pigmentări maculare-puncte galbene, dispuse pe un fond roș-brun; scade acuitatea vizuală, metamerfopsie, fotofobie.

Degenerescența maculară senilă apare la bătrîni pe teren aterosclerotic. Oftalmoscopia evidențiază un edem maculat pseudotumoral, pierderea reflexului foveelar, migrații pigmentare, fine hemoragii. Afecțiunea este bicoculară cu evoluție inegală și se traduce prin deficiență de vedere central, vederea periferică se menține.

Parkinsonismul postencefalitic. - semnele oculare sînt reprezentate prin: inabilitatea pleoapelor (un clipit pe minut în loc de 10-15); tremorul pleoapelor închise, disimmetria palpebro-frentală și blefarospasmul; nistagmus inconstant; pupile inegale, uneori midriază de partea mai lezată, homonimă cu leziunea centrilor extrapiramidali. Simptomele specifice în parkinsonismul post-encefalic sînt crizele oculare care constau în devierea spasmodică a globilor oculari în sus sau în jos și în afară; foarte rar în afară sau în jos. Criza durează cîteva minute cu păstrarea cunoașterii; poate fi asociată cu alte fenomene distonice; clonii palpebrale cu deviația conjugată a capului. Criza se însoțește de halucinații și anxietate.

Sindromul extrapiramidal de tip parkinsonian indus prin înregnarea cu neuroleptice cataleptizante se poate însoți de crize oculare.

În nevroze, tulburările oculare pot să se manifeste prin tulburări vaso-motorii, ale retinei, senzații de arsură și prurit, dureri oculare, blefarospasm.

În sindroamele psihomatrice, modificările oculare apar ca fiind caracteristice în hipertensiunea arterială și diabet.

La etilism și/sau tabagismul cronic pot să apară ambliopii sau nevrite optice toxice.

Psihosindroamele puerperale; tulburările oculare și leziunile oftalmologice sînt bilaterale și pot compromite vederea parțial sau total, trecător sau definitiv, precoce sau tardiv, prin toxicitate generală.

Sarcina poate agrava boli oculare preexistente. Cea mai importantă: retinopatia gravidică - la femei cu insuficiență renală și HTA. Leziunile constau în edem retinian, hemoragii, pete albe și strîntorări ale arterelor, în special tendința la edem papilar retinian intens ce poate determina deslipirea de retină.

Retinopatia și simptomele de insuficiență renală (edem, hematurie, simptome cerebrale) instalate acut și evoluind cu HTA, trebuie etichetate cu manifestări consecutive toxicozelor sarcinii. În acest caz se găsesc numai tulburări vasculare funcționale (Spastice) reversibile, iar în cazul cînd rinichiul a fost afectat anterior, arterele prezintă leziuni organice persistente.

Demențele senile

Modificările oculare sînt provocate în primul rînd de leziunile aterosclerotice, care duc la insuficiență circulatorie cerebrală.

IMPLICATII ALE FACTORULUI GENETIC ÎN BOLILE

PSIHICE

Aberarea genetică în palierul psihiatric este circumscriasă intențiilor clarificate fundamentale, propunîndu-și depășirea (dear a „bănuielii” unei predispoziții biologice, transmisibilă în familie, pentru o entitate considerată. În acest scop se tentează: a) confirmarea/infirmarea implicării factorilor genetici în determinismul bolilor psihice; b) delimitări etiopatogenetice în corelație cu categorii clinice; c) precizarea medului de transmitere.

Concentrarea familială a cazurilor psihopatologice este evidentă și importantă, fiind sugerativă pentru intervenția factorului ereditar în fenomenologia cauzală. Incidența cazuistică este diferită, însă, de la observație la altă și între populații, în funcție de criteriile apreciative utilizate.

Studiile familiale au dovedit că riscul morbid individual este cu atît mai pronunțat, cu cît o persoană se află în relație de rudenie mai apropiată (grad I, de pildă) cu individul afectat. Astfel, 9 % dintre bolnavii schizofreni au încă un frate sau o soră cu aceeași psihoză, 12,3 % au descendenți cu aceeași stare și 2,2 % au veri schizofreni; frecvența bolii în populația generală este de 0,9 %. În general, membrii familiei biologice a cazului psihotic dețin un risc de cel puțin 18 ori superior, pentru tulburări similare, comparativ cu marterii.

În populația generală, incidența manifestărilor psihoafective este de 1%, dar o simptomatologie în același cadru poate fi recunoscută la 15 % dintre rudele de prim grad ale protandului psihotic și, într-o proporție mai restrînsă (jumătate din această valoare), la rudele de grad II ale aceluiași. Distribuția cazurilor

în familie are caracter particular, fiind influențată de calitatea tulburărilor afective (mono- și bipolare). Cele două tipuri clinice au fost considerate genetic distincte, fapt atestat, cu deosebire, de prevalența (diferențiată, specifică) fiscoăruia dintre acestea în rudenția biologică a pacienților cu o formă definită a bolii. Apariția unipolarilor (UP) în familia bipolarilor (BP) este, totuși, posibilă.

Pacienții BP dețin o medie superioară de rude afectate (15,1%), față de UP (6,4 %), ceea ce sugerează o severitate (ris) mai pronunțată a acestei forme de manifestare. Observația se dovedește utilă pentru scopurile sfatului genetic.

Statisticile demonstrează faptul că 25 % dintre rudele de grad I masculine (tați, frați) ale individului alcoolic sînt afectate în același mod. A fost confirmat, totodată, caracterul familial al cazurilor cu comportament antisocial, inclusiv în succesiunea generațiilor. Interrelația cu consumul alcoolic nuanțează fenomenologia manifestă, diversificînd posibilitățile interpretative și prognostice.

Unele investigații specifice (concordanța gemenilor, adopțiune, linkage genetic) au confirmat, mai mult decît „factorul familial”, semnificația determinativă genetică.

Studiul gemenilor. Între 33-37 % dintre perechile gemelare monozigote (MZ), respectiv 8-28 % dintre perechile gemelare dizigote (DZ) apar concordanțe pentru boala schizofrenică. Nerealizarea unei concordanțe absolute la gemenii MZ sugerează probabilitatea intervenției altor categorii de factori/condiții în etiopatogenie. Riscul ca ambii membri ai cuplului să fie afectați se amplifică în formele grave de exprimare ale bolii (substratul genetic apare mai evident).

Pentru cazurile cu tulburări afective, rata de concordanță a gemenilor MZ (cazuri mono- și bipolare) este cuprinsă între 58-84 %; la gemenii DZ, aceasta este doar 17-35 %. Bipolaritatea formei de boală este mai concordanță (74 %) decît unipolaritatea (43 %), prefigurîndu-se, astfel, diferențieri semnificative ale ponderii factorului genetic în cadrul general psiheafectiv.

Concordanța comportamentului alcoolic se exprimă la 70-80 % dintre perechile gemelare MZ (și la 30 % dintre perechile gemelare DZ).

Comportamentul antisocial se manifestă la cele două categorii gemelare diferențiat (51 % perechi gemelare MZ și 20 % perechi gemelare DZ apar concordanțe). Rezultatele sînt, însă, controversate.

Studiile de adopțiune tentează discriminări între posibili factori etiopatogenetici: mnenolegici și biologicici (genetici). Este evidentă prevalența schizofreniei și manifestărilor schizofrenice - forme (componente ale „spectrului” bolii) la părinții biologici ai pacienților au aceeași tulburare adoptată și, totodată, rata superioară a manifestărilor din „spectrul” schizofrenic la indivizii adoptați, proveniți din familii cu același fond psihepatologic. Conștiința cu un părinte adoptiv schizofrenic nu constituie, însă, o condiție de risc pentru individul integrat în alt mediu familial, dar ai cărui părinți biologici sînt aparent sănătoși.

O situație cu același sens fenomenologic se regăsește în tulburările afective; rata manifestărilor la părinții biologici ai pacienților BP adoptați este semnificativ superioară celeia pe care o exprimă părinții adoptivi, iar frecvența stărilor depresive endogene la adoptați tinde să depășească valorile de referință (ale marterilor), atunci cînd genitorii celor dinții manifestă forma UP a stării afective. În plus, membrii familiilor biologice ale adoptaților depresivi, deopotrivă, cu tentative suicidare, sînt mai numeroși decît membrii familiilor lor adoptive, suzați de același gest.

Este un fapt recunoscut, în prezent, că descendenții adoptați ai alcoolicilor dețin risc superior de a deveni ei înșiși alcoolici. Între riscul pentru alcoolism al celor adoptați și frații acestora „neînstrăinați” nu există diferențe semnificative, ceea ce conduce inclusiv la reconsiderarea rolului ambientului (supraestimare), în favoarea factorului genetic.

Pentru cazurile cu comportament antisocial, se constată o prevalență superioară a acestora în rîndul adoptaților ai căror părinți biologici sînt recunoscuți pentru comportament similar, dar și faptul că factorii predicatori (biologici și ambientali) ai situației evocate, își exercită efectul diferențiat, funcție de sexul individului; mai accentuat la fiicele genitorilor cu personalitate antisocială și în proporție mai redusă la fii; la aceștia din urmă, manifestările discomportamentale par influențate,

mai curînd, de comportamentul alcoolic al părinților biologici. Băbații sînt mai vulnerabili la influențe exogene (sociale) adverse, a căror implicare este mai consistentă în determinismul manifestărilor antisociale.

Studiile de „linkage genetic” își propun, în principal, valorificarea observațiilor asupra procesului asociativ între boală și (un) marker, angajîndu-se pentru elucidarea fenomenului de segregare familială a entităților psihomorbide, precizarea naturii defectului genetic, stabilirea unui model de transmitere a bolii.

Unii dintre markerii vulnerabilității genetice, cu implicare presupusă în patofiziologia schizofreniei, utilizați inițial cu rezultate promițătoare, s-au dovedit ulterior lipsiți de semnificație. Deși, activitatea enzimelor monoamin-oxidaza plachetară tip B (MAO B) și amin-oxidaza plasmatică este mai redusă la schizofrenici și rudele lor biologice, specificitatea acestora, pentru situația în cauză este parțial confirmată; de altfel, ea și pentru nivelurile superioare ale cataboliților serotoninei și dopaminei (acid 5 hydroxyindolacetic și acid homevanilic), prezenți în lichidul cefalorahidian al accelerași persoane.

Aparent semnificative sînt rezultatele înregistrării perturbărilor de dinamică (urmărire) vizuală, a căror specificitate este afirmată probatoriu: 50-80 % dintre pacienții schizofrenici și aproximativ 45 % dintre pregenii acestora (în comparație cu cei în populația generală) manifestă particularitatea somatică. În această conjunctură, decisa de co-segregarea entităților evocate (schizofrenie și anomalie oculară), proba neurofiziologică ar putea fi considerată utilă pentru identificarea indivizilor aparent sănătoși, dar cu risc genetic pentru boala psihică.

Markerii genetici utilizați în scopul identificării și palizării factorilor genetici implicați în etiopatogenia tulburării psihopatologice - sistemul imunitar HLA (gene situate pe cromozomul 6), sistemul sanguin ABO (gene situate pe cromozomul 4), enzime, proteine și antigene sanguine diverse - a căror genotipificatoare sînt recunoscute, nu au caracter de exclusivitate. S-a înțeles, totuși, că legătura genetică între o regiune identificată pe cromozomul 5 și o genă dominantă pentru schizofrenie (cu rezultate parțial reproductibile).

Boala apare, deci, ca un ansamblu meemogen de manifestări psihopatologice, distincte la nivel etiologic, expuse unei vulnerabilități

genetice; se sugerează existența unei heterogenități în ceea ce privește a schizofreniei.

Pentru psihozele afective, presupunerea petrivit căreia numere și variate deficite biologice independente pot determina, fiecare, manifestări aparent identice, justifică intențiile de utilizare a markerilor pentru: a) separarea formelor genetice distincte ale tulburărilor timice, prin identificarea corelațiilor biologice; b) stabilirea modului de transmitere a entităților psihopatologice.

Si în acest cadru, utilizarea activității MAO ca marker în vederea vulnerabilității determinate genetic, are finalități neîntîlnite în ceea ce privește specificitatea sa. Activitatea enzimelor catecol-O-metiltransferaza (COMT) eritricitară apare, însă, diminuată la indivizii afectați, comparativ cu markerii sănătoși. Absența „independenței” față de boală, conferă enzimei un posibil rol de marker al vulnerabilității individuale, pentru această categorie de stări.

Cele două enzime nu au semnificații delimitate, corespunzător formelor clinice de boală (uni- și bipolara), nefiindu-le, astfel, recunoscut statutul de marker „specific” discriminatoriu și, în aceeași măsură, utilitatea în practica preventivă.

Pentru stările depresive unipolare nu s-au identificat caracteristici probatorii ale vulnerabilității, posibil a fi admise ca markeri. Un anumit reper biologic care, parțial, confirmă validitatea unei stratificări clinice a formelor afective unipolare, pare să fi recunoscut în pozitivitatea testului la dexametazonă a subiecților cu „depresii pure”, prin referință cu alte forme de depresii endogene. (În perspectiva pragmatică, această particularitate ar prezenta un răspuns acceptabil la tratamentul cu produși antidepresivi triclolici).

Este comentată, încă, valearea unor trăsături ereditare, cu semnificație de „marker genetic”. Asocierea demonstrează între tulburarea afectivă și unele grupe ale sistemului antigenic leucocitar uman (HLA), valabilă pentru un sub-grup din categoria oazuistică a maladei depresive, ar putea să sugereze un mod de transmitere a bolii (autozomal), legat de cromozomul 6).

Frecvent a fost afirmată existența unor forme familiale ale bolii bipolare legate de transmiterea particularității somatice grup sanguin X_g, G6PD, protanopie, deuteranopie), determinate de gene

situate pe cromozomul sexual X.

Mai recent, prin unele tehnici de genetică moleculară, s-a fi confirmat faptul că gena corespunzătoare pentru manifestarea unei forme psihice afective particulare se află localizată pe cromozomul 11, pe un locus în vecinătatea genei pentru tirozina hidroxilază.

Există, deopotrivă, presupuneri, în favoarea determinismului poligenic al bolii, cu o confirmare cazuistică (familială) parțială.

Complexitatea fenomenologică descrisă prin constatările precedente - aparent generatoare de incertitudini interpretative - ar putea să reflecte, în mod real, heterogenitatea genetică a tulburărilor afective, sugerând etiopatogenia manifestărilor pentru sub-grupuri populaționale diferențiate în context etiologic. În consecință, se presupune că diversitatea cadrului ipotețic asupra transmisibilității, ar putea reflecta heterogenitatea genetică a manifestărilor psihotice. Dificultatea de a decide, indiscutabil, asupra modului de transmitere, explică și limitele pe care trebuie să le acceptăm în tentativa de a ne pronunța asupra valorii riscului de recurență a stărilor în rudenia individului psihotic.

Modul de transmitere genetică a psihozelor majore este, în general, nedeterminat. În această situație, riscul pe care îl „apreciem” pentru membrii înrudiți (grad I, II) al individului afectat nu poate fi decât „unul asemănător celui care rezultă din statistica stabilită în populația căreia aparține bolnavul” (= risc empiric).

Pentru membrii înrudiți biologic cu probantul schizofrenic, riscurile de îmbolnăvire se distribuie intrafamilial astfel (tabel I).

Tabel I - Riscurile morbide pentru schizofrenie la membri din familia probantului (%) (Zerbin-Rudin, 1971).

Grad de înrudire	Probabilitate de îmbolnăvire
Părinți	5-10
Copii	9-16
Frați și surori	8-14
Unchi	2- 8
Veri	2- 6
Mameți și nepoate	1- 4
Frecvența în populație	0,8-1

Dacă ambii părinți sînt schizofreni, riscul fiecărui descendent de a fi afectat este foarte mare - în jur de 40 %.

Pentru aprecierea probabilității de îmbolnăvire se iau în considerație toți factorii aparent semnificativi: numărul cazurilor în familie, gradul lor de rudenie și, nu în cele din urmă, vîrsta. În legătură cu ultima variabilă, riscul se înjumătățește, față de valoarea inițială, la vîrsta de 30 ani și devine neglijabil după 50 ani; pînă la finele celei de a treia decade din viață, primele manifestări au apărut, deja, la 71,3 % dintre bărbați și la 54,6 % dintre femei (Huber, 1979).

Referitor la psihoza afectivă, riscul morbidității pentru rude de grad I ale probanzilor este, în general, mai mare (12,8 %) cînd tulburarea individului afectat are forma bipolară; rudele bolnavilor cu psihoză unipolară au, comparativ, un risc mai redus (7,4%) de a manifesta boala. Dualitatea formelor clinice (UP și BP) este, astfel, confirmată prin particularizări ale valorilor de risc, pe care le acceptăm pentru practica sfătuirii genetice. În același scop, luăm în considerație probabilitatea distribuției cazurilor în familie, avînd în vedere tipul de manifestare a tulburării probantului (tabel II):

Tabel II - Riscul pentru tulburări afective la rude de grad I ale probanzilor (Gershon, 1977)

Diagnostic probant	Risc morbid (%)	
	BP	UP
Bipolar	6,8	8,3
Unipolar	0,4	6,0

Dacă se iau în considerare și tulburările de personalitate precum și stările nevrotice, procentul de risc (global) crește considerabil - 25,5 % pentru rudele probanzilor cu psihoză bipolară și 19,2 % pentru rudele probanzilor cu psihoză unipolară. În general, rudele probanzilor femei au un risc mai mare decît rudele probanzilor bărbați.

Prezența sau absența tulburărilor afective la unul dintre părinți, modifică valoarea riscului pentru alți membri din familie

prebantului, în absența unei asemenea posibilități, frații și surorile individului afectat dețin un risc în jur de 8 % de a dezvolta o formă de păheză afectivă și de 21 % pentru o tulburare psihică adiacentă, dacă unul dintre părinți este afectat, riscul se dublează.

În practică se întâlnesc diverse variante situaționale, a căror soluționare este conjuncturală.

FACTORI ETIOLOGICI GENETICI ÎN DEFICIENȚA

MINTALĂ

Înapoierea mintală reprezintă o categorie psihepatologică, aparent definită, căreia i se atribuie, în general, un cadru etiologic heterogen. Dificultatea unei precizări cauzale este reală, natura și gradul de implicare determinativă a factorilor posibili - genetici sau exogeni - fiind încă parțial elucidate; situațional, acestea sînt controversate.

În legătură cu incidența cazurilor cu deficit intelectual în populația generală, valorile medii comunicate sînt variabile, din motive pe care le putem presupune: criterii neuniforme de apreciere, calitatea intrinsecă a grupului investigat, diferențieri conjuncturale (sociale, culturale, etnice ș.a.) interpopulaționale. După unele rezultate statistice, 3 % din populație în Statele Unite, 5 % în Franța, 8,5 % în Suedia, 9,3 % din populația pînă la 20 ani (după OMS), dovedesc incapacități intelectuale, de diferite grade.

Referitor la factorialitatea etiologică, se incriminează pentru 5 % dintre cazurile înregistrate o intervenție exogenă (ne-genetică); pentru cca. 20 % dintre acestea, o genă unică sau anomalie cromozomială; pentru cca. 10 %, o constelație de gene (poligenie) și factori supraadăugați (multifactorialitate). Pentru o majoritate (65 %) dintre cazurile identificate, etiologia este disputată, neexcluzîndu-se inclusiv o contribuție heterogenă (multifactorialitate).

Drept urmare, recunoașterea unei posibile implicații consistente a factorului genetic în cadrul determinativ global (aproximativ 90 % din cazuri) apare justificată. Între altele, acesta

este dovedit (mutații genice și cromozomiale) la cei puțin o treime dintre cazurile cu deficit mintal grav, instituționalizate.

După cum se apreciază, etiologia poate fi stabilită doar la un număr limitat de pacienți - în situații determinate de anomalii cromozomiale, erori înnașcute de metabolism, hipotiroidism, factori de mediu. În contextul deficiențelor mintale, un diagnostic etiologic foarte probabil este elaborat pentru cazurile cu unele sindroame specifice, deficite metabolice incerte, anomalități ale morfologiei cerebrale, unele neurofibromatoze (scleroza tuberculoasă), tulburări cu cauzalitate infecțioasă (agent neizolat), (parțial) paralizie cerebrală. În sfîrșit, incertitudinile etiologice par a se răsfrînge asupra cazurilor cu malformații congenitale multiple sporadice, (restul) pacienților cu paralizie cerebrală, cazurilor cu hipotonie, cu microcefalie izolată ș.a.

În unele situații - microcefalia sporadică, de pildă - contribuția genetică este subapreciată, datorită imperfecțiunilor strategiei investigației (interpretare eronată a fenomenologiei).

Un mod de determinare a stărilor de deficit mintal implică efectul aditiv al cîterva gene „anormale” (poligenie), cu efect redus, în interacțiune cu un echipament genic suplimentar și factori de mediu (multifactorialitate). Acest pattern contribuie, într-un procent remarcabil de cazuri (cca. 90 %), la determinismul înapoierilor ușoare și medii (QI între 50-70). Apelativele pentru starea delimitată sînt următoarele: familială, simplă, subculturală, fiziologică, acilnică.

Înaparența unor anomalități la nivel biochimic sau neurologic la indivizii afectați, nu exclude posibila existență a unor leziuni fundamentale, actualmente neidentificate. Persoanele cu înapoiere familială sînt ferite și, în mod caracteristic, formează asocieri prin înrudiri cu persoane asemănătoare lor. Nivelul intelectual al descendenților aproximează media nivelurilor parentale. Conjunctura biologică (genetică) defavorizantă este completată de influențe adverse exogene (existență compromisă în cadrul social, medical etc.), justificînd nivelul redus al performanțelor.

Efectul unor mutații genice sau cromozomiale se regăsește atît pe plan somatic (dismorfisme) cît și intelectual, anomalia genetică constituind, în majoritatea cazurilor, cauza deficitului mintal (moderat, sever sau profund). Diferit de cei din categoria evocată anterior, genitorii individului afectat sînt, de regulă, nor-

malii, dar frații acestuia pot fi, de asemenea, afectați. Prevalența anomalioasă este, în mare măsură, independentă de condițiile sociale.

Anomaliile (mutațiile) cromozomiale sînt identificate la aproximativ 5 % dintre indivizi cu înăpoiere mintală. Cazurile cu trisomie 21 (sindrom Down) sînt cele mai frecvente între produșii viabili deficitari, la aceștia din urmă fiind, în plus, identificate (dear) trisomii ale cromozomilor 8, 9, 13, 18, 22. Variațiile numerice ale alter perechi de cromozomi autozomi determină situații incompatibile cu supraviețuirea produșilor de concepție, care sînt eliminate prin avort spontan.

Deși, în sindromul Down nivelul redus al capacității intelectuale este caracteristică generală a celor afectați, gradul de exprimare a acesteia apare foarte variabil; condițiile ambientale (culturale) nefavorabile contribuie la accentuarea diminuării performanțelor.

Vîrsta maternă înaintată este asociată cu producerea anomaliilor de număr ale cromozomilor, constituind, deci, o condiție de risc semnificativă (riscul: pînă la 35 ani, 1/200; peste 40 ani 1/100). Pentru sindrom Down, riscurile funcție de vîrsta mamei se distribuie astfel: 1/1550 pînă la 25 ani; 1/700 între 30-34 ani; 1/40 peste 42 ani.

În erorile numerice ale cromozomilor sexuali (XO, XXX, XYY, XYY) unde efectul asupra fenotipului individului este mai atenuat decît în situația precedentă, amplificînd dificultățile pentru precizarea diagnosticului doar după criterii exclusiv clinice, este constatată, totuși, nivelul mai inferior al capacității intelectuale celui identificat, comparativ cu frații (cu cariotip normal). Situația nu este invariabilă. Modificarea formulei cromozomilor sexuali induce, însă, o reducere a valorii coeficientului intelectual (QI), proporțional cu numărul de gonozomi suplimentari (de pildă, XXX, XYY, etc.).

Deși, rearanjamentele cromozomiale - echilibrate și neechilibrate - pot fi, deopotrivă, asociate cu deficit mintal, consecințele cele mai grave se exprimă prin contribuția ultimilor. Variația cantitativă a genomului, produsă prin anomalii structurale (deleții, de pildă), se transpune în plan clinic prin efecte polimerfe, inclusiv asupra capacității intelectuale. Anomaliile structurale cromozomiale sînt extrem de variate, implicînd diferite segmente ale elementului inițial, posesorii acestora împart numeroase trăsături

clinice nespecifice.

Aparent surprinzător este faptul că, situațional, rearanjamentele cromozomiale echilibrate (translocatii, inversii), dețin semnificații factoriale în etiologia deficitelor mintale; investigații citogenetice ample au confirmat prevalența acestora la indivizii afectați (de 5 ori superioară față de martori), propunîndu-se chiar idei explicative: deleție minoră la un punct de ruptură, permițînd exprimarea genelor recesive de pe cromozomul omolog; mutație inactivantă; efect de poziție.

Deficiența mintală este frecvent recunoscută în bolile cu transmitere menofactorială, unde sînt implicate gene mutante-dominant autosomale, recesiv autosomale și gonozomale. Înăpoierea este variabilă ca intensitate - de la moderată la profundă - izolată sau, mai des, integrată în tabloul clinic, în care pot fi recunoscute anomalii morfologice (severe) și perturbări fiziologice.

Deși cu reprezentare redusă ca entități individuale, tulburările cu transmitere recesivă autozomală sînt cele mai numeroase. Menologia este provocată, în general, de gene codificatoare pentru enzime, a căror deficit cauzează erori înnăscute de metabolism. În populația cu înăpoiere mintală, 3-7 % dintre cei afectați își cresc starea manifestă dezechilibrelor metabolice și endocrine în determinism genetic.

Identificarea acestor tulburări apare oportună, avînd în vedere că prin aceasta sînt create posibilități pentru definirea biologică precisă a unor stări de incapacitate gravă; precizarea erorilor pentru sfat genetic; ocazional, inițiative orientate spre terapie specifică. În același timp, diagnosticarea suportă grevul condiției, între care: diversitatea și numărul mare de tulburări menogenice cu înăpoiere mintală (peste 1000 catalogate); în existența atributelor fenotipice distincte; disponibilitățile reduse pentru unele teste diagnostice specifice.

Relația între tulburarea biologică cu origine genetică și deficitul mintal este, în general, greu de explicat. Pînă în prezent, au fost identificate mai mult de 40 gene mutante răspunzătoare pentru crearea înnăscută a enzimelor de degradare, avînd ca efect acumularea progresivă și excesivă de metaboliți în țesutul nervos central și alte țesuturi (bolile cu stocare lizozomală). Aceste tulburări includ mucopolizaharidozele (sindroamele Hurler,

Sanfilippe, Merquie ș.a.), sfingolipidezele și mucopolipidezele (boala Gaucher, boala Nieman-Pick, boala Tay-Sachs ș.a.), boli datorate acumulării de glicolipide și glicoproteine, precum și altele.

Un mare grup de tulburări implică defecte în metabolismul acizilor aminați (adesea aminoacizi esențiali); acumularea unor metaboliți provoacă, adesea, efecte acute, deces sau înăpeliere mentală. Fenilcetonuria este exemplul cel mai concludent, boala având o incidență marcantă în rândul tulburărilor metabolice umane - 1/15.000 nou născuți. În același cadru și cu consecințe similare asupra capacității mintale: histidinemia, homocistinuria, boala urinii cu miros de sirep de arțar, tulburările ale ciclului ureei. Tratamentul, în aceste ultime situații este posibil, prin instituirea unui regim alimentar specific într-o perioadă corespunzătoare de timp.

Genele dominant autozomale sînt codificate, mai curînd, ale proteinelor structurale, decît enzimatic, tabloul clinic determinat de acestea avînd o expresivitate variabilă. Înăpelierea mentală nu este frecvent asociată cu acest mod de transmitere. Pasmatozele (neurefibrematoza Recklinghausen, scleroza tuberoasă Bournville) sînt cauzate de gene dominant autozomale; deficitul mental al individului afectat este de intensitate variabilă.

Deopetritivă, situațiile în care este dovedită înăpelierea mentală cu mod de transmitere recesiv legat de sex sînt puțin numeroase. Unele sindroame (Hunter, Lesch-Nyhan ș.a.) sînt determinate de gene situate pe cromozomul sexual X; deficitul grav aparține simptomatologiei manifeste.

O parte din cazuistica masculină cu înăpeliere mentală tenită, aparține categoriei de indivizi care posedă o structură citogenetică particulară, înscrisă în formula: X 27 fra. De altă parte, această conjunctură justifică, parțial, excesul de bărbați din populația deficitară. La cei în cauză, unele trăsături clinice - supraponderal la naștere, frunte proeminentă, pavilionare mari ale urechilor, bărbie proeminentă, macrocranism, incapacitate generalizată a limbajului, înăpeliere mentală (medie-severă) - sînt asociate cu morfologia anormală a segmentului terminal al cromozomului sexual X.

Contribuția factorilor genetici la etiologia subnormalității mintale este semnificativă, diversă. Preocuparea pentru utilizarea unui test diagnostic este justificată, în special, de interes pragmatic (prevenție). Modul de abordare este, în special, individualizat.

Metoda, bazat pe o istorie familială detaliată, pedigree, examinare clinică riguroasă.

Testele citogenetice sînt utile, pentru clarificări, în următoarele situații:

- indivizi cu înăpeliere mentală idiosincronică;
- femei cu statură redusă;
- bărbați cu statură înaltă;
- pacienți cu anomalii genitale;
- pacienți cu malformații congenitale multiple;
- pacienți cu sindrom Down;
- pacienți cu un sindrom autizmal suspect;
- pacienți ale căror mame au avut averturi spontane repetate, născuți morți sau decese neonatale.

Diagnoza tulburărilor cu cauzalitate metabolică este realizată prin două categorii de demersuri: a) screening populațional; b) utilizarea unor repere clinice.

Prima intervenție are, printre altele, proiecție preventivă, adresîndu-se unui număr mare de subiecți (în special, nou născuți). Se refigurează, astfel, profitul pentru întreprinderi corective; în același timp, se întrevăd posibilități de identificare a purtătorilor de genele recesive (heterozigoți), pentru menținerea belii.

Cel de-al doilea mod de abordare propune elaborarea unor criterii pe baza constatărilor nemijlocite. Astfel: o anumită simptomatologie clinică ar putea sugera un cadru specific al suferinței individului; ancheta familială, prin urmărirea apariției cazurilor în fratria individului - ar putea provoca schimbări "asupra cauzalității (genetice); examenele suplimentare (oftalmologice, radiologice, morfologice ș.a.) și (mai ales) biologice specifice ar putea confirma sau confirma diagnosticul.

Stătuirea genetică (aprecierea riscului) nu devine posibilă decît după precizarea diagnosticului. Odată această condiție îndeplinită, pronunțarea pare un exercițiu dificil, prin respectarea principiilor transmiterii genetice. Totodată, distincția față de simptomele provocate de influențe exogene se cere realizată, uneori presupunînd o angajare metodologică orientată. Strategia aplicativă este utilizată circumstanțial (de pildă, în microcefalii, macrocefalii ș.a.), fiind recunoscută accesibilitatea pentru preci-

sări diagnostice etiologice și identificarea factorilor de agresiune. Problema de risc intervine în mod diferențiat.

În legătură cu tulburările cu transmitere mendeliană (mendelice), există un risc de 50 % ca boala determinată de genul dominant autozomal să se transmită în descendență; riscul este de 25 % când genele mutante sînt recesiv autozomale. În sindroamele care se transmit după un model recesiv legat de X, există risc ca 50 % dintre progenii masculini să fie afectați, persoanele de sex feminin (mama) fiind doar purtătoare de genă anormală.

INVESTIGAȚII PSIHLOGICE ÎN PSIHIATRIE.

ELEMENTE DE PSIHODIAGNOSTIC

Psihologia, ca disciplină științifică generală, prezintă interferențe și interfuziuni atât în domeniul științelor sociale, cât și în domeniul științelor naturii. Prin această multidisciplinaritate s-au constituit și diferențiat domenii de cercetare prin elaborarea unor concepte operante și a unor activități practice-experimentale. Dintre ramurile și științele de graniță ale psihologiei (unele constituite autonom), menționăm psihologia copilului și adolescentului; genetică; a muncii; cibernetică; diferențială; experimentală; industrială; juridică; militară; a conduitei; aplicată; a virsurilor; patologică; medicală; psihodefecologie; psiholingvistică; psihometrie; psihostatistică. Psihologia generală difuzînd în toate ramurile, cât și în cele constituite autonom, se restructurează permanent prin însușirea descoperirilor științifice din diverse domenii, avînd ca centru referențial OMUL în viziunea integral-sistematică.

În acest sens, psihologia poate constitui nucleul antrepologic, epistemic, și hermeneutic al științelor, dată fiind prezența ei în orice activitate umană (producție, artă, filozofie, creație, creativitate, învățare cibernetică) fără a ecua lumea celerială la viațuitoare (psihologia animală).

Istoria devenirii psihologiei științifice nu poate fi delimitată de istoria filozofiei și, în genere, de istoria devenirii științelor în succesiunea formațiunilor social-economice, deși numele de psihologie apare în 1590, iar în mod curent reapare din 1732 desprinzîndu-se de metafizică și de interpretări speculativ-mecaniciste, parcurgînd diverse concepții și influențe accentuate de etape experimentale (fizică, fiziologie), psihologia își fundamen-

tează bazele științifice, teoretice și practice, asimilând concepțiile filosofice.

Interferențele polivalente dintre psihologie și medicină sînt atestate încă de la „originea omului”, iar din aceste multiple interferențe - psihiatria - ca disciplină medicală a preluat și a contribuit cel mai mult la constituirea psihopatologiei experimentale și a psihologiei clinice prin utilizarea metodelor clinice și patologice. Ișverită din necesități practice, psihologia clinică prin specialiștii săi (să nu omitem că un psiholog clinician se formează în decurs de aproximativ 16 ani), își aduce contribuția în cadrul echipei psihiatrice la prevenirea îmbolnăvirilor psihice, tratament psihologic și psihoterapeutic diferențiat, reintegrarea bolnavului psihic în familie și activitatea profesională în funcție de forma și specificul asistenței medicale - psihiatrice (clinice, dispensarizarea activă prin Laboratorul de Sănătate Mintală, copii și adulți, unități pentru bolnavi psihici cu evoluție îndelungată).

În cadrul psihologiei clinice experimentale se utilizează informațiile științifice, adaptate și particularizate în toate ramurile psihologiei și a științelor de graniță, care se pretează metodele contextului clinic psihiatric, formînd un ansamblu de principii și metode diferențiate, dar subsumate psihiatriei.

Principiile după care se orientează psihologia clinică, asimilate autonom și dezvoltate progresiv, au la bază o concepție generală filozofică prin care se cuprinde înțelegerea funcției creierului ca reflectare a realității obiective, în sens determinist și istoric, în unitatea subiectului cu obiectul, suprapunîndu-se legilor neuredinamicii corticale. Înțelegerea informațiilor oferite în cadrul examenului psihologic are la bază psihologia generală. Examenul psihologic clinic este un examen experimental, care se desfășoară într-un anumit loc (laborator, cabinet), implicînd o investigație amănunțită, strict individualizată. Crearea situației experimentale presupuneau numai o tehnică investigativă probă-subiect-psiholog, ci și o situație afectivă sinergică, care permite anumite grade de facilitare (diferitele forme de ajutor acordat subiectului). Dispozitivul de investigație-probă-trebuie să fie funcțional, astfel încît să știm cu precizie ce funcție cercetăm (atenție, percepție, memorie), chiar dacă o probă (un test) cercetează mai multe procese psihice. Ca o particularitate a psihologiei clinice se relevă principiul analizei calitative, care solicită analiza specifică a desfășurării

diferitelor procese psihice ale subiectului, modalitățile neficitului constant, precum și evidențierea căilor de reabilitare ale deficitului. În acest sens, interesează comportamentul subiectului, soluțiile găsite, modul de apariție și mecanismul de acțiune al simptomelor, punctele de stagnare, spiritul critic, capacitatea de orientare, felul în care utilizează soluțiile oferite de psiholog, comutarea soluțiilor și alte situații care pun această problemă. De aici, derivă principiul obiectivității, care necesită înregistrarea amănunțită a desfășurării examenului și, în același timp, evitarea impresiei subiective. Incertitudinile sau dubiile pot fi verificate și controlate prin alte probe sau surse de informație. Ca un corolar al principiilor psihologiei clinice se distinge principiul contextului clinic, deoarece rezultatele obținute se încadrează într-o structură patologică și nu au valoare decît în acest context.

Activitatea desfășurată în cadrul laboratorului de psihologie clinică se delimitează în două etape fundamentale:

- activitatea de elaborare a psihodiagnosticului și a formei psihoterapeutice (în colaborare cu medicul);
- activitatea de cercetare științifică (psihofarmacologie, pedagogie informativă) în echipă intradisciplinară psihiatrică.

În elaborarea psihodiagnosticului se cercetează trei parametri majori: activitatea cognitivă, trăsături de personalitate-afectivitate și comportamentul. În stabilirea dispoziitivului psihologic experimental de investigație, psihologul clinician are tentă independentă utilizării unei metodele generale și specifice.

Metodele generale ale psihologiei sînt particularizate psihologiei clinice, dat fiind structurile psihopatologice ale subiecților de investigat, realizîndu-se anumite scheme și planuri, fige pentru obținerea informațiilor într-un mod ordonat, sistematizat cît se poate de veridic, care să permită ulterior o evaluare și valorizare clinică. Se folosesc direct și intens metodele: observația, autoobservația (a nu se confunda cu introspecția), biografia, conversația clinică, produsele activității.

Metodele specifice psihologiei clinice experimentale au la bază cercetări anterioare, realizate pe eșantioane reprezentative ale populației normale, fiind adaptate particularităților cazurilor clinice psihiatrice, în mod selectiv și diferențiat. În același

timp, s-au elaborat metode și tehnici care au o adresabilitate și specificitate clinico-psihepatologică asupra cărora vom face referiri enunțiative.

Metodele specifice pe care le utilizează psihologia clinică în elaborarea psihodiagnosticului sînt: probele, testele, chestionarele, formele proiective, aparate și instrumente (cronometru, epidiascop, dexterimetru, tahistoscop, kinezimetru, tautefon, magnetofon, timp de reacție, dinamometru). Probele și testele (verbale, neverbale, aparate) vizează, în primul rînd, multiple aspecte ale activității cognitive. Ele constituie metodele de bază ale laboratorului de psihologie clinică, urmărindu-se doi parametri: timpul și performanța, raportul dintre calitate și cantitate; cu referință specifică și comparativă, normal-patologic - normal, implicînd constantele generale și variabile individuale, care sînt sensibile la diferențierea dintre boală și sănătate.

Proba psihologică clinică (psihepatologică) este o problemă amplasată sub diferite forme, avînd un scop precis. Ea cercetează capacitatea de muncă a scoarței cerebrale, atitudinea (comportamentul) față de activitatea impusă de psiholog și aprecierea succeselor și insucceselor, care dă naștere la o situație experimentală, la un model de activitate conștient, într-o formă artificială, dar strict necesară, prin analogie logică, oferind numai plauzibilitate prin simplificare, prin reproducere și imitare a unui sistem de realitate, în baza unor reguli. Prin proba psihologică clinică nu se „modelează” procesul psihic, ci numai manifestarea lui într-o anumită activitate fenomenologică.

Raportarea la cunoașterea clinică-psihiatrică de examinare psihologică, în funcție de vîrstă, sex, școlarizare, profesie, mediu socio-cultural, antecedente, diagnostice, valorificarea izvoarelor de informație a metodelor generale diferențiate permite utilizarea probelor psihologice cu direcționare a scopului pentru acușele prezentate de subiect, și proiectate de psiholog în montajul experimental de investigație. Fără a aglomera „informațiile”, prezentăm un model general de investigație selectiv, prin proba psihologică experimentale, „diferenția” pe dominantă proceselor psihice (care nu pot fi „izolate”), avînd în vedere și „depelismantizarea” limbajului de acreditare reciprocă și biunivecă dintre medie și psiholog.

În examinarea senzațiilor (exteroceptori, interoceptori, proprioceptori) se pot folosi probele (diferențiat pe analize, dacă este cazul): proba ocler mai mici diferențe perceptibile, proba cazurilor adevărate și false, proba erorii medii, aptometru, tabele cromatice, localizarea binauriculară, xilofon, diapazon, estesiometru, dinamometru, kinezimetru.

Percepția, spre deosebire de senzații izolate, directe, avînd o cunoaștere multimodală de reflecție a realității în „totalitatea” însușirilor obiectelor, complexă și directă, implică în examinarea experimentală trei puncte „nodale”: rapiditate, exactitate și plenitudinea „percepției” obiectului și selectivitatea (interesul), mai ales, percepția spațială și de timp și a raporturilor de formă). Se pot utiliza următoarele probe (și instrumente): tahistoscop, diafilm, epidiascop, truse de mîrimi, gresini, labirinte, imagini, figuri geometrice, hărți, case, stereognosie.

Trecerea de la recepția senzorială directă la recepția plurisenzorială indirectă se realizează prin procesul „psihofiziologic” al atenției, care se manifestă prin reflecția organizată a orientării, concentrării și stabilității selective, prin involuntar, voluntar și postvoluntar. Din aceste trei „tipuri” ale atenției se desprind anumite calități și proprietăți: concentrare, volum, intensitate, distribuție, mobilitate, stabilitate, distrahere, dispersie, care sînt în corelație și cu structuralitatea tipului de sistem-nervos-temperamental. Fiind un proces psihofiziologic de „pasaj”, atenția a fost și este cercetată în variate situații și condiții, se - și psihumane, interesînd, în primul rînd, învățarea, producția și creativitatea, cu reversul ei psihepatologic. Din cele mai numeroase probe (și „teste”) pentru investigarea experimentală psihică a atenției, menționăm: timpul de reacție (aparate), reactivitate motorie (tapping), precizie, vizuală, volum, probe de baraj, (tip hirtie-oreien, litere, cifre, cercuri, semne, figuri geometrice). Dintre acestea, cea mai des utilizată este proba tăblițelor de corectură Bourdon-Anfimev, probe de căutare (numere, imagini, figuri), extragere dintr-un număr, letouri, tabele Shultze, efort intelectual (Kraepelin).

Fără memorie nu există istorie, și nici viață psihică, ci numai existența existativă, fără nici un fel de determinare (existențialitate) a ființei umane. Consemnăm că memorie, prin implicațiile ei universal-umane, presupune necondiționat (involuntar) și con-

diționat (voluntar) reflectarea și reapariția în conștiință a „imaginilor”, obiectelor, fenomenelor, ideilor și sentimentelor (într-o viață psihică și parapsihică în sens psihelegic). Orice „act” de memorie se constituie din trei momente, faze, achiziție, reținere, reactivare (recunoaștere și reproducere). Aceste momente psihogenetice (cognitive, afective, volitive), selective, active și inteligibile, reflectă experiența fiecărui om. Dacă se delimitează memoria mecanică și logică, „tipologia” ei nu poate fi decât „tranzitanță”: concretă (plastic-intuitivă), verbal-abstractă, intermediară, vizuală, auditivă, mixtă. Important-mai ales în primele vârste ale psihologiei omului este de exercita și „cultiva” rapiditatea înțipăririi, trăinicia păstrării, exactitatea, promptitudinea reproducerii și mobilitatea (psihelasticitatea),

Fără inerția „celulelor nervoase”, „nu am avea nici un fel de memorie” (P. Pavlov), nu am avea îngrămădire și păstrare „psihică”. Deci, fără uitare, fără „inhibiția inhibiției” nu ar fi memorie, nu ar fi conștiință conștiinței conștiente. Memoria, acoastă „piatră unghiulară” (I. M. Secenev) a dezvoltării vieții psihice, ea constituie fundamentul ei în laboratorul de psihologie clinică se poate investiga „delimitat”, prin probe și „teste” adecvate: întindere, elemente reținute, timp de achiziție (învățare), 15 cuvinte (A. Rgy); cupluri asociate, cifre (în ordine directă și inversă), logica textului, scala de memorie Wechsler.

Gândirea și limbajul constituie fundamentul vieții psihice (cu toate „departajările experimentale”), „cartea de vizită”, de convenție modelat-analogică a artificialului în real, a ființei umane în toată complexitatea ei existențială, care dirijează „aranjamentul” onto-psihogenetic, întrunind racordul percepitiv-motivațional (normal și patologic). Reflectând la cel mai înalt nivel realitatea mijlocită și generalizată, gândirea și limbajul descoperă și creează din necesitățile practice, concepte operative teoretice, care rezolvă și pot satisface necesitățile personalității omului prin fecunditatea soluționărilor productive, prin sperirea cumulului de trebuințe onto-cognitive, în dependență social-istorică-culturală. În filogeneză și ontogeneză se cunosc anumite stadii și forme (social-genetice): gândire „prelogică, formal-logică, științifică; iar ontogenetic: senserie-motorie, concretă și simbolică. De la structurile preoperaționale și acțiunea prin intermediul limbajului și imaginilor mintale se realizează o „abstracție reflectantă” care se proiectează spre concept prin anumite verigi

ordemate: transitivity, disocierea, reuniunea, conservarea și construcția mintală, care se amplifică în abstracțiuni, clarificări, structuri categoriale și rețele logice superioare, „abstracțiuni ale abstracțiunilor”.

Dualitatea psihologică-logică aparentă, în realitate se structurează dialectic-ontogenetic și apoi cognitiv-socio-cultural. Unitatea psihologică-logică se configurează onto-file-genetic în supremația gândirii și limbajului ca modalitate de reflectare epistemică și comunicare mijlocită a interrețeațiilor nelimitate din realitate. Expresia acestei supremații o deține inteligența manifestată prin unitatea psihosomatică de adaptare și integrare la solicitările de activitate ale mediului helistic, angajând personalitatea în plenitudinea sa, fără a o reduce numai la „activitatea intelectuală”, livrescă, de învățare și reproducere. Inteligența este o aptitudine generică instituită, la nivelul personalității.

Categoriile de probe cele mai cunoscute, care se folosesc în investigarea experimentală a gândirii și limbajului sînt: clasificarea (15 imagini, 15 cuvinte), trusa formă-culeare, comparații, definiții, analogii, povești, absurde, texte lacunare, cedaj, incoare, cuburi Kehn, (cu toate variantele sale, inclusiv Bennardel), interpretare (proverbe, metafore, povești); probe de gândire logice pe operații (excludere, asemănare, contrast, întreg-parte, parte-întreg); probe cu caracter școlar (scris, citit, calcul, desen, inferare generală); probe de vocabular și asociere.

Să nu uităm că proba de gândire reprezintă totdeauna o problemă și în acest sens subiectul trebuie să recepționeze și să înțeleagă enunțul problemei, să păstreze în minte întrebarea, să stabilească o schemă de rezolvare practică.

După observația de contact (aspect exterior general, ținuta, gesturile, mimica, pantomimica, verbirea) utilizînd valoarea inferativă a metodelor auxiliare, psihologul va urmări comportamentul subiectului în timpul examinării psihologice: atitudinea în momentul începerii examenului (oposiție, entuziasm, bună sau rea voință); atitudinea în cursul examinării (spontan, pune întrebări, nerăbdător, iritabil, interesat de probe, agresiv, neîncrezător, bănuitor, indiferent, timid, fricos, anxios, politicos, distrat, perseverent, sau sugestibil); răspunsurile la instrucțiuni (rapide, lente, tace în loc, neglijente, impulsive, gîndite, logice, nepetrvite sau la întâmplare); as-

tivitatea meterie (agitat, ticsuri, migăări, lent), precum și interesul față de rezultatele obținute.

În general, probele sînt construite din le itemi, realizându-se analiza calitativă și răspunsurilor pentru procesul psihic țintă, raportat la marteri prin abatere + sau - de la media aritmetică.

Probele nu pot fi asimilate și confundate cu testele, deși traducerea este aceeași. Proba psihologică poate deveni test dacă întrunește anumite condiții psihe-statistice. În schimb, orice test (sau subtest) poate deveni probă dacă este decanonizat statistic. La origine, testele au reprezentat un sistem de probe psihologice (1890), dezvoltându-se sub influența statisticii, analizei factoriale și corelațiilor, reintercindându-se în clinică psihiatrică prin utilizarea diferențiată în laboratorul de psihologie clinică. Cu toate rezervele și limitele asupra valorii lor, testele sînt instrumente fundamentale în psihologia clinică experimentală și aplicată. Ele permit să se obțină informații precise (cuantificabile) și pe cît posibil obiective asupra caracteristicilor psihologice ale subiecților. Situația „simplificată” și standardizată a testelor comportă răspunsuri variate, cu precizarea anumitor reguli și criterii unitare în notare numerică sau calitativă, conform unui tabel de norme (netare, etalon) sau a unei tipologie stabilite anterior pe un grup de referință, avînd în același timp și un caracter predictiv clinic.

Intemeieterul „testării inteligenței” a fost A. Binet, care în colaborare cu Th. Simon elaborează în 1905 prima formă a „scării metrice a inteligenței”, care a cunoscut ulterior mai multe revizuirii, dînd impuls la numeroase cercetări de acest gen. Există atît de multe cercetări încît, astăzi în lume se cunosc leeee de teste, ducînd la anumite perioade abuzive de testelatie și erori interpretative. De aceea, testele nu pot fi utilizate decît de către psihologi, care au pregătirea necesară și cunosc valoarea și limitele testelor, interpretîndu-le în raport cu situația reală a capacității cognitive a subiecților examinați în corelație cu alte metode. Nu se pot încredința testele pe mîna „primului venit”. Precum medicul este suveran și responsabil în terapia medicală sau prescrierea medicamentelor, așa și psihologul trebuie să fie în utilizarea testelor și

probelor, în alocuțuirea dispozitivului experimental de investigație în psihologia clinică și psihoterapie.

După modul și forma de examinare, testele de inteligență de măsurare a dezvoltării intelectuale generale sînt clasificate (relativ) în două categorii: individuale și de grup. După conținutul testelor se delimitează teste verbale, neverbale, și performanță (sau de eficiență).

Menționăm cîteva teste „cognitive” care nu mai prezintă dubii în ceea ce privește valoarea clinică și diagnostică, cunoscît mai mult cu cît ele au e utilizare mai mult limitativ clinică-psihopatologic: scările de inteligență Wechsler (WISC pentru copii și WAIS pentru adulți); scările Terman; Binet-Simon; Stanford-Binet; matricile progresive Raven (Copii și adulți); bateria KLT (pentru suspecți de insuficiență dezvoltare psihocognitivă); test B-A (pentru diagnosticarea gîndirii logice); test DAT (diagnosticarea gîndirii tehnice); test Meter de structurare vizuală Bender; teste de retenție vizuală Benton; testul figurii complexe Rey; testul cuburilor Kohs (cu mai multe variante); inventarele și scările de dezvoltare pentru copii: Gesell, Hetzer-Buhler, Brunet-Lésine.

Prin testele de inteligență („cognitive”) nu se stabilește numai IQ (coeficientul mintal, termen introdus în formula de calcul de către W. Stern în 1912). El este important de apreciat în „stările marginale”, diferite forme oligofreniforme (pentru departajarea tipului de școlarizare), în sindroamele psihorganice preinvelutive și invelutive (pentru acestea din urmă se recomandă și teste de tarierare). IQ-ul în sine nu exprimă stagnare, mai ales la vîrstele copilăriei, și nu poate fi confundat cu „nivelele de conștiință”. El este expresia anumitor comportamente: meter, verbal, comprehensiv, afectiv, social, profesional (școlar), economic, tehnic, practic, speculativ. Poate exprima și e decompensatie în nivelele aptitudinale, retro- și proiective, cu ascensiuni de situații și dezvoltare onto-psihogenetică în sediul habitual, familial, școlar-profesional, social.

De fapt, atenția, memoria și gîndirea sînt procese psihice prezente permanent și pretuîndeni, la diferite nivele și gradient de organizare psihosomatică, care în esență reprezintă viață personală (secle-culturală și profesională) în diferite situații momentane sau de durată, fărmînd nucleul de dezvoltare

al personalității pe fondul unor structuri temperamentale-afective.

Personalitatea constituie una din problemele fundamentale ale psihologiei, fiind în același timp și obiect de cercetare pentru alte științe. De aceea și definiția ei compertă e multitudine de accepții în funcție de criteriile, teoriile și concepțiile după care este studiată. Numai în psihologie se cunosc peste 50 de definiții. Printre atributele principale ale personalității se pot distinge: stabilitate relativă, dinamism, unitate, stadii de dezvoltare, factori determinanți, adică, ansamblul (sau totalitatea) predispozițiilor innăscute și a celor dobândite pe parcursul vieții, asigurând adaptarea și integrarea în mediul social. În psihologia generală, procesele psihice care „nucleinizează” înțelesul noțiunii de personalitate sînt: aptitudinile, temperamentul, caracterul, la care se adaugă sentimentele predominante, presu și motivele conduitei. De fapt se realizează o sinteză psihofiziologică individuală a particularităților prin care se manifestă specific și ne deosebim în același timp. Se cunosc multe criterii, teorii, sistematizări ale personalității, în funcție de tipologie, trăsături ale nivelurilor sau genetice.

După criteriul tipologie se desprind predominanța factorilor morfologici, fiziologici, psihologici.

În genere, cele mai cunoscute teorii ca și terminologia acceptabilă a cercetării personalității sînt ale lui: Pavlov (melancolic, flegmatic, sanguin, celeric, cu tipurile „speciale”: artist, gînditor, mîrșit), Jung (introvertit-extravertit), Kretschmer (pionic, atletic, leptosom, displastic), Sheldon (endomorf, mesomorf, ectomorf), Freud (oral, anal, uretral, falic, genital, Viela, Sigand, Herney, Frenn, Reback, Spranger, Rorschach (extretensiv, intretensiv, ceartat, ambigal), Schneider, Kahn, Popov; după individualitatea structurală - Allport; după ansamblul compertamental Cattell - după factori și niveluri de organizare - Eysenck; după caracter - Levitev; după mental - Usnadze; după atitudine - Miasisoev; după subiectivitate prin influența mediului - Rubinstein; după niveluri și instanțe - Freud (Sine, Eu, Supra-Eu); după sistemul dinamic ierarhizat - Lersch (tendință investigatorie și compertamentală); după teoria cîmpurilor (mediilor) - Lewis; după relațiile interpersonale - Sullivan; după influența socio-culturale - Janet; după caracterul moștic (genetic) al dezvoltării - Wallens; după tendințe - Murray; după tendințe accentuate - Leenhard.

Sub forma „sintetică” cele mai cunoscute teorii despre personalitate sînt: configuraționismul, behaviorismul, personalismul, psihedynamismul, antropologia culturală, teoria învățării, concepția organicistă, teoria conceptului de Eu, teoria factorială, concepția tipologiei-constituțională, teoria cîmpurilor, teoria psiho-sociale, concepția psiho-cibernetică, psihanaliza, teoria stimul-răspuns, teoria analitică. Există peste 17 teorii cu privire la personalitate, multe cu caracter speculativ și fără un suport științific experimental.

Deci, personalitatea înseamnă „întreaga ființă umană” (Pavelcu) adică „organizarea dinamică a aspectelor cognitive, afective, conative, fiziologice și morfologice ale individului (Shelden și Allport), iar conținutul ei „îl constituie totalitatea însușirilor și calităților (orientare, înclinațiile, interesele, trebuințele, aptitudinile, idealurile), apărute pe o bază biologică în relațiile omului cu mediul social și în corelațiile interne ale trebuințelor, intereselor între ele. Personalitatea nu se confundă cu condiția de sine, ca fiind una din componentele personalității.

Metodele de investigare a personalității sînt foarte variate. De fapt se utilizează întregul „arsenal” de metode ale psihologiei cu specificările lor diferențiate. În laboratorul de psihologie clinică, metodele sînt mai riguroase deoarece „erica” teorie a personalității trebuie să se bazeze pe cercetări experimentale, iar constatările lor să fie tratate prin metode statistice” (Eysenck, Cattell). Se cunosc multe clasificări ale metodelor de investigare a personalității care în esență, se reduc la: chestionare, tehnici proiective, scale de evaluare clinică.

Chestionarele, după conținut, pot fi: unifazice, și multifazice. Chestionarele multifazice sînt cunoscute și sub denumirea de inventare de personalitate, din ce în ce mai utilizate, cum sînt: chestionarul psihonevrotic al lui Woodworth (cu 76 de întrebări); chestionarul Cernell Index (cu 101 întrebări), inventarul de personalitate Bell (160 întrebări); inventarul de personalitate Bernreuter (cu 12 întrebări); chestionarul de instabilitate emotivă (cu 148 întrebări); inventarul de personalitate Multifazic Minnesota (M.M.P.I.), cu 550 întrebări și cu 9 grupe clinice: Ipocondrie, Depresie, Isturie, Deviații psihopatice, Masculinitate-Femininitate, Paranoia, Psihastenie, Schizofrenie, Hipomanie; 16 Test, chestionar care măsoară 16 trăsături de personalitate

al lui Cattell (sînt 4 forme: A,B,C,D); chestionar de nevrozism al lui Eysenck; chestionarul de temperament al lui Guilford-Zimmerman (G-Z) cu 300 întrebări; chestionar de sociabilitate-altruism, adaptat de Paul Pepescu-Nevesanu (cu 50 întrebări); chestionar personalităţii accentuate (P.A.) al lui Leonhard (cu 88 întrebări).

Scale de evaluare clinică

Cea mai cunoscută este Scala Hamilton pentru depresie şi anxietate, cu mai multe variante (între 17 şi 28 itemi). Alte scale cu aceeaşi destinaţie (fără a mai menţiona scalele globale psihiatrice) sînt: scala de depresie a lui Montgomery şi Asberg (MAIRS-1979) cu 10 itemi; inventarul de depresie Beck (BDI-1964) cu 13 itemi, versiunea persecutată, forma Bf-S, 1970, scala de „stare” a lui von Erksen care cuprinde 28 itemi. Aceste scale au diferite grade de ostentivitate pentru evaluarea intensităţii simptomatice, iar unele sînt de autoevaluare.

Tehnicile proiective (denumite şi metode proiective, teste de percepţie după Murray, teste de dinamism după Cattell, teste nestructurate după Eysenck) cunosc şi ele mai multe clasificări: Ansien-4 grupe; Freud-5 grupe; Eysenck-4 grupe; Bell-4 grupe; Rosenzweig-3 grupe. Clasificarea acceptată curent este cea a lui G. Lindzey (cuprinde şi celelalte clasificări), care împarte tehnicile proiective de personalitate în 5 grupe:

1. Tehnici asociative: testul lui Rorschach (cu variantele sale);

2. Tehnici constructive: testul E.A.T. (Testul tematic de percepţie); testul C.A.T. (Testul de percepţie pentru copii); introdus de L. Bellak ca variantă a E.A.T. pentru copii între 3-10 ani (le plange cu animale în diferite situaţii); Testul P.S.T. (Picture Story Test) al lui Symonds (20 de plănşete pentru adolescenţi); testul P.F.T. (Picture Frustration Test) al lui Rosenzweig cu 24 plănşete în două variante-pentru copii 3-13 ani şi adulţi.

3. Tehnicile de completare: testul de asociere a cuvintelor; testul de completare a frazelor; testul de completare a imaginilor (Werteg).

4. Tehnicile de alegere sau ordenare: testul de clasificare al lui Gell şi Golstein (probe de clasificare a obiectelor

şi culcare); testul Szondi (48 fotografii); alegerea valorilor.

5. Tehnicile expresive: testul arberelui (Kock-Stera); testul casei; testul persoanei umane (Gousseneugh); testul familiei; grafologia (şi alte metode expresive: faţa, rişul, şi plînsul, mîna, ochii, mişcarea generală).

În continuare considerăm util a prezenta cîteva aspecte privind activitatea, considerînd că în esenţă ea constituie antrenamentul omului.

Afectivitatea exprimă atitudinea subiectului faţă de realitate. Există două forme ale atitudinii: stenică şi astenică, ce reflectă stări de plăcere, neplăcere, sau indiferenţă.

Emoţiile şi sentimentele sînt forme diferite ale trăirilor subiective faţă de realitatea obiectivă. Ele reflectă însă relaţiile, trebuinţele şi motivele activităţii umane.

Emoţiile şi sentimentele sînt polare. Există ca o lege polaritatea afectivă deoarece trăirile afective au două aspecte: pozitive şi negative. Dar trăirile sînt complexe, implicînd stări conflictuale contradictorii şi o dialectică a emoţiilor şi sentimentelor (de exemplu, trăirea „durere de dulce”).

Emoţiile şi sentimentele joacă un rol important în viaţa omului deoarece sînt şi reglatoare ale activităţii. Trăirile pozitive cresc forţa cu determinare spre activitate, iar cele pasive, negative, diminuează, scad forţa de acţiune. Sînt emoţii care pot fi pozitive sau negative dînd naştere la atitudini diferite. De exemplu, frica, atunci cînd este activă, determină omul spre acţiune.

Raportul dintre încercare şi destindere în dialectica activităţii are un rol important. Încercarea exprimă creşterea necesităţii de excitaţie pe scara cerebrală, atrăgînd către sine pe celelalte tendinţe ale activităţii omului. Dar încercarea poate duce şi la inhibiţie. Intensitatea trăirilor emotive este determinată de anumiţi factori ce au semnificaţia cauzei lor şi exigenţa omului faţă de sine.

Emoţiile sînt cele mai simple trăiri afective legate de satisfacerea sau nesatisfacerea trebuinţelor organice. Reacţiile activ-afective sînt determinate de reflectarea nemijlocită a diferitelor însuşiri ale obiectivelor: mîresuri, sunete, culori.

Sentimentele sînt trăiri afective mai complexe. Ele sînt

legate de trebuințele apărute de-a lungul dezvoltării istorice a omenirii; trebuința de a comunica, îndeplinirea cerințelor sociale, trebuințe culturale și sînt provocate de obiecte sau situații în totalitatea lor.

Emoțiile umane, chiar și cele mai elementare, se deosebesc de cele ale animalelor, deoarece activează sub influența socialului. Totuși ele sînt mai puțin stabile și au un caracter situativ; apar și dispar odată cu situația. Sentimentele - proprii mai mult emului - se schimbă în raport cu evoluția societății, dar din punct de vedere subiectiv ele sînt mai stabile.

Există raporturi genetice între sentimente și emoții. Emoția precede sentimentul, dar mai întîi apare situația conștientă. Generalizarea unor asemenea momente situative, care determină o serie de trăiri afective elementare, conduc la crearea unor comportări relativ constante, adică la sentimente. Ulterior, sentimentele pot orienta poziția emului față de emoții.

Emoțiile și sentimentele sînt funcții ale creierului. Dar, un rol important îl joacă procesele nervoase subcorticeale care participă la mecanismul lor. În emoții, subcortexul are un rol mai mare decît în cadrul sentimentelor.

În regiunea subcorticală se află centrul de reglare a sistemului nervos vegetativ; de aici, legătura emoțiilor și sentimentelor cu schimbările variate survenite în respirație, sistemul muscular, mimică și pantomimică, glandele salivare, lacrimale, sudoripale. Modificările de acest tip (subcortical) au apărut în procesul adaptării organismului la mediu, cu reacție de satisfacție sau nu a trebuințelor.

Psihologii au observat că tocmai mișcările periferice au un caracter determinant în apariția emoțiilor, de unde și teorii care au apărut: teoria James-Lange (mișcările periferice ca la apariția trăirilor subiective) (teoria periferică); teoria Cannon-Bard; teoria talamică (G. Dumas); teoria lui Sherrington. Dar, aceste teorii unilaterale, întrucît factorul cortical determină manifestările afective majore, iar stările afective pot iradia.

În emoții și sentimente nu numai factorul situativ joacă un rol important, ci și experiența de viață. Astfel, digerația sistemelor deja formate ale stereotipurilor dinamice emoționale pot provoca stări penibile (diverse tipuri de conflicte) permițînd totuși reajustarea lor. Secerșă cerebrală exercită un rol reglator al regiunii subcorticeale prin intermediul celui

de al doilea sistem de semnalizare, astfel încît, o personalitate bine formată este stăpînită pe trăirile emotive (afective), iar sentimentele sînt strîns legate de întreaga viață a emului, de toate particularitățile personalității lui, de concepția de viață și prin conținutul lor dominant constituie o caracteristică psihologică esențială.

Metodele de investigație în afectivitate sînt pot delimita în două categorii: cu caracter psihofiziologic și psihologic.

Metode cu caracter psihofiziologic

Tăirile afective sînt însoțite de o mulțime de modificări organice, circulatorii, respiratorii, în echilibrul electric, secreția glandelor interne, procesele chimice, mimică, fapt care a condus la imaginarea, construirea și utilizarea unor metode numite expresive modificărilor care au loc în organism, concurent cu trăirile afective. Această a permis o cunoaștere a relației dintre intensitatea reacțiilor afective și anumite modificări fiziologice sau electrice în organism.

Menționăm succint cele mai cunoscute modalități de înregistrare psihofiziologică:

- Reflexul electrodermal (RED) cunoscut și sub denumirile de reflex electrocutanat, reflex galvanocutanat (RGC), sau cu un termen consacrat, reflex psihogalvanic. Este o manifestare neurovegetativă a sistemului nervos simpatic, care pune în evidență scăderea sau creșterea rezistenței electrice a pielii, în funcție de activitatea glandelor sudoripare care prezintă o concentrare mai mare palme-plantare. Se cunosc diverse experimente spre a se constata dacă răspunsul electrodermal poate exprima specificitatea emoției, dacă variază cu modalitatea stării afective prin înregistrarea reacției la mișcări, cuvinte, imagini (plăcute, neplăcute, sau indiferente) și stabilirea unor corelații între conflictele create între procesul de excitație și inhibiție și reacțiile emoționale.

Un astfel de experiment s-a realizat în laboratorul de psihologie al Spitalului Universitar de Psihiatrie "Secela" prin utilizarea metodei "Afective-Diagnostic", care este un „test com-lex, aplicat individual. După autoul ei, Pierre-Gilles Weil, este destinat pentru a surprinde psihodiagnosticul reacțiilor emotive. El este validat în examinarea individuală clinică la adolescenți

și adulți, deoarece surprinde un indice de obiectivare riguroasă, datorită faptului că este format din: aparat electredermal (reflex psihogalvanic), teste (imagini) proiective (16 structurate și 6 nesstructurate), asociația de cuvinte (20 noțiuni). În tot timpul examinării, subiectul ține degetele (de la ambele mâini) pe cei doi electrozi, înregistrându-se deviațiile (+ sau -) de la constanta personală a acului ampermetrului (galvanometrului), precum și reacția verbală de răspuns contracronometru, cu notarea comportamentului în timpul examinării. După validarea satisfăcătoare a testului "Afectivo-Diagnostic" se constată că psihodiagnosticul poate estima emoționalitatea interioară, tendința la inhibiție, facilitatea exteriorizării afective, expansivitatea, punctele sau reperele de unde pornesc conflictele subiecților. Dintre toate metodele psihofiziologice, considerăm și considerăm că cea mai indicată este reflexul electredermal-varianta prezentată de noi „Afectivo-Diagnostic” (sau în alte variante).

Metode psihologice

Una dintre cele mai vechi probe-utilizată des-este proba asociației de cuvinte, cunoscută și sub alte denumiri ca metoda asociației libere discrete- experimentul asociativ-verbal, tehnica asociativ-verbală.

Se poate considera ca fiind una din primele „tehnică proiectivă” imaginată de către Fr. Galton în 1879, care s-a luat în sine însuși ca subiect, utilizând o listă fr. 75 „stimuli verbali”, măsurarea perioadei de latență (timpul de reacție), pentru fiecare cuvânt indus (răspuns verbal). El aprecia că primul cuvânt răspuns spontan nu este hazardat, întâmplător, ci reprezintă „dramă și bătălii ale spiritului”.

Referințe la „metoda asociativă” găsim încă în 1872 în articolul lui I.N. Secenev „De către cine și cum trebuie prelucrată psihologia”, care explică modalitățile de asociere a senzațiilor între ele prin reflex condiționat, precum și evocarea reprezentărilor și ideilor în legătură (asociație) mai mare sau mai mică cu gândurile anterioare (în „Elementele gândirii” - 1878). G. Jung, în 1944 este acela care a dezvoltat sistematic această metodă, folosind-o în construcția tipurilor psihologice: extrovertit și introvertit. El utilizează această metodă pentru descoperirea unor „complexe emoționale”. Această metodă se impune în psihologia experimentală

prin lucrările lui Kent și Reseneff (1910); D. Repaport (1943), W. Smith (1921), Hull, Ingeff, Hubbard, Ivanov-Smolenski, Smirnov.

În psihologia experimentală română, asociația de cuvinte a fost utilizată de către V. Pavelcu, Paul Popescu-Neveanu și alții cercetători experimentaliști. V. Pavelcu subliniază că „această metodă este foarte diagnosticată în descoperirea centrilor de tensiune afectivă”, accentuând în același timp, asupra corelației cu reacțiile fiziologice (adică reflexul psihogalvanic sau răspunsul electredermal), „singurele care nu mint”, care implică aprecieri individualizate, deoarece „în anumite împrejurări se impune o dominantă, în altele alta”.

Examenul psihologic se realizează la solicitarea medicului din anumite considerente de ordin medical și psihopatologic. Deci, beneficiarul direct al examenului psihologic este medicul, care interpretează rezultatul în context clinic, ceea ce definește și valoarea, limitată totuși la acest context, sperându-i însă autenticitatea și veridicitatea. În funcție de caz (pacient), rezultatele examenului psihologic pot fi comunicate, cementate, confruntate, cu pacientul, relevându-se astfel direcționarea psihoterapiei de contact. Înșuși examenul psihologic clinic, prin relația sa directă și biunivocă; psiholog-pacient, exprimă incipient simpatetizarea unei forme psihoterapeutice, întrucât pacientul este interesat să cunoască rezultatele activității sale și prognoza referitoare la suferințele prezentate.

Sub acest aspect al „formei” psihoterapeutice, psihologul și medicul colaborează permanent, găsind împreună formula adecvată, petrivită cazului și cauzisticii clinice; psihoterapia medicală realizată de medic sau/și psihoterapie „în ședințe” cu metode specifice, individuală și de grup restrâns, realizată de psiholog pe durata internării și postcură, cu eficiență optimizată în sistemul dispensarizării, subiectivă pentru ambii specialiști și, în genere, pentru toți oamenii, intervine durata-timpul necesar cazului. Dacă examenul psihologic clinic durează variabil între 2 și 4 ore (eventual, amânarea pentru a doua zi), fără a lua în calcul corectarea probelor, testelor și chestionarelor, discuția postinvestigativă cu subiectul, redactarea examenului psihologic, ședințele de psihoterapie durează între 20 și 100 minute, în funcție de formă adecvată.

Pondere deţinută de „actul terapeutic” - cu metode medicale şi nemedicale - a determinat să crească impresionant numărul şi variantele formelor psihoterapeutice. Se cunosc peste 250 de forme, cu o multitudine de clasificări, orientări, experimente benefice, care atestă şi reatestă valoarea indubitabilă „curativă” a psihoterapiei. În cadrul laboratorului de psihologie clinică şi în clinica psihiatrică, formele psihoterapeutice au, în primul rând, o indicaţie medicală, subsumată contextului clinic, (deoarece sînt şi contraindicaţii medicale) şi în funcţie de direcţionarea postinvestigativă a examenului psihologic, care concretizează demersul psihoterapeutic.

Se conturează astfel trei forme de precadură psihoterapeutice: psihoterapia individuală (psihanaliza, relaxarea Schultz, 50 minute şi Jacobsen, 90 minute, pe fond muzical, menirea activarea, decon- diţionarea comportamentului), psihoterapia de grup şi psihoterapia familiei. Aceste problematice de conţinut orientative ale psihologiei clinice rămîn permanent deschise cercetărilor ştiinţifice în echipă psihiatrică, avînd în vedere „concepţe tranzitoriale”: stress, frustraţie, conflict, culpabilitate, anxietate, care au valenţe pozitive, normale şi valenţe negative (psihopateologice) corelate cu sem- legia psihiatrică.

NOTIUNI DE TERAPIE PSIHIATRICA

Modalităţile terapeutice în psihiatrie cunosc o largă diver- sificare, acţionînd direct sau indirect asupra psihicului, şi în gene- ral, asupra organismului în ansamblu său, prin intermediul triplei funcţii de reglare neuro-endoerăno-metabolică. Principiile generale de tratament psihiatric se pot diferenţia, în raport de modul de acţiune, în tratamente biologice, care acţionează asupra sistemu- lui nervos şi neuromediatorilor şi indirect asupra funcţiilor psi- hice, psihoterapie, care se adresează direct psihicului uman, te- rapie ocupaţională, ergo- şi socioterapie prin care se urmăreşte in- tegrarea bolnavului psihic în mediul socio- familial şi profesio- nal. Tratamentul psihiatric este complex, prin asocierea metodelor terapeutice în scopul ameliorării bolii psihice, al recuperării bolnavului şi readaptării sale sociale.

Metodele terapeutice psihiatrice cuprind trei categorii principale:

A. Tratamente biologice specifice (chimioterapie sau medica- tia psihotropă)

- I. Psiholeptice
- II. Psihoanaleptice
- III. Psihoizoleptice
- IV. Psihodisleplice

B. Tratamente biologice speciale

- I. Electroterapie
- II. Insulinoterapie
- III. Piroterapie
- IV. Psihochirurgia

C. Psihoterapia

464

I. Psihoterapii individuale

II. Psihoterapii colective

III. Ergoterapia

A. Tratamente biologice specifice-chimioterapie (medicația psihotropă)

Chimioterapia psihotropă se detașează ca importanță în ansamblul metodelor terapeutice psihiatrice, extinzându-se în toate sectoarele medicinei, datorită magabilității, efectelor clinice rapide și eficienței în ameliorarea stării de boală. Bioterapia psihiatrică a evoluat de la medicația simptomatică (etapa precursorilor psihofarmacologiei și a marilor sintese din sec. XIX și începutul sec. XX) până la psihofarmacologia contemporană (etapa neurolepticilor, tranchilizanților și antidepressivelor din a 2-a jumătate a sec. XX), în ultimile decade ale sec. XX abordându-se problema compensării biochimice a dismetabolismelor cerebrale. Încă de la începuturile psihiatriei moderne s-au folosit, ca medicație simptomatică de sedare, alcaloizii de opiu și derivații morfinei, alcaloizii solanaceelor, alcoolul și haigul, serpentina rsuolfia, iar mai târziu, după 1826, sărurile de brom și cloralhidratul. Începând cu sec. XX farmacopeea sedativelor se extinde prin descoperirea barbituricelor, barbitalul (1903), fenobarbitalul (1915) și ulterior produsele hipnosedative cu acțiune scurtă, medie sau lungă.

Chimioterapia psihotropă debutează în anul 1952 prin introducerea în terapia psihiatrică a Clorpromazinei sub denumirea de Largactil de către Delay și Deniker, care diferențiază un nou grup farmacologic denumit substanțe neuroleptice în sensul unui efect de inhibare psihomotorie fără acțiune narcotică propriu-zisă, adică fără depresiunea manifestă a nivelului de conștiință.

Chimioterapia s-a dezvoltat în ultimile decenii prin descoperirea și introducerea în practica psihiatrică a unor preparate cu efecte psihotrope, cuprinse în termenul generic de medicația psihotropă întrucât, după Delay și Deniker, au un tropism psihologic, fiind capabile să modifice activitatea psihică. Termenul de psihotrop se referă la un grup polimorf de preparate a căror acțiune se reflectă la nivelul activității psihice prin efecte sedative, anxiolitice, hipnotice sau antihipnotice, antidepressive, psihostimulante sau psihodestructurante. Aceste preparate acționează asupra

465

S.N.C. și îndeosebi la nivelul structurilor complexe mezodiencefalostriate, regiunii hipotalamice, substanței reticulate, metabolismului celular și al mecanismelor sinaptice. Mecanismul complex de acțiune se explică prin efectele farmacodinamice directe asupra substratului nervos al unor funcții psihice elementare (vigilanta conștiinței, activitatea pulsională, dispoziția afectivă generală) și prin efecte psihodinamice indirecte ce se reflectă asupra structurilor personalității și pot modifica sau modela comportamentul și personalitatea în dimensiunea ei psihologică și socială.

Clasificarea medicamentelor psihotrope, raportată la structura chimică și efectul terapeutic, se impune datorită creșterii rapide a numărului acestora. Cea mai uzuală clasificare, propusă de către Delay și Deniker, împarte substanțele psihotrope în trei grupe:

- I. Psiholeptice (sedative psihice):
 1. Hipnetice
 2. Neuroleptice
 3. Tranchilizante

- II. Psiheanaleptice (stimulante psihice):
 1. Stimulante ale vigilenței (psihetone sau antihipnotice)
 2. Stimulante ale dispoziției (timeanaleptice și antidepressive)
 3. Alte substanțe stimulante

III. Psihedisleptice (halucinogene sau depersonalizante); mescalina, dietilamida acidului lisergic (LSD 25), bulboacpnina, bufotenina, psilocibina, harmina.

Apariția continuă de noi medicamente și mijloace terapeutice completează schema de clasificare inițială a lui Delay și Deniker în următoarea clasificare:

- I. Psiholeptice (sedative):
 1. Substanțe sedative și anticonvulsivante
 - a) Sedative nehipnetice
 - b) Sedative hipnetice
 - c) Anticonvulsivante
 2. Neuroleptice
 - a) Neuroleptice standard
 - b) Neuroleptice cu acțiune prelungită

3. Tranchilizante

- a) Tranchilizante nebenzodiazepinice
- b) Tranchilizante benzodiazepinice

II. Psihoanaleptice (stimulante)

1. Timoleptice (antidepresive ciclice)
2. Timoanaleptice (antidepresive IMAO)
3. Ne oanaleptice (stimulante ale vigilității):

- a) Analeptice prin acțiune directă
- b) Amine sintetice simpatice-mimetice
- c) Psihotone sintetice cu acțiune simpatico-mimetică redusă sau nulă.
- d) Psihotone de reglare metabolică.

III. Psihoizoleptice (stabilizatoare)

IV. Psihodeliptice (perturbatoare)

I. Psiholeptice (SEDATIVE): inhibă activitatea sistemului nervos, diminuează activitatea mentală determinând scăderea vigilității, reducerea activității intelectuale sau sedarea emoțională. Se împart în trei grupe:

1. Sedative și anticonvulsivante
2. Neuroleptice
3. Tranchilizante

1. SUBSTANȚE SEDATIVE ȘI ANTICONVULSIVANTE

a. Substanțele sedative fără efect hipnotic - cuprind grupa compușilor halogenați (bromurile) și substanțe sedative de origine vegetală.

Sărurile de brom au acțiunea sedativă, intensifică procesele inhibitorii, restabilind echilibrul excitație-inhibiție. Cele mai utilizate sînt bromurile de calciu, sodiu, potasiu, și amoniu. Se pot administra intravenos (bromura de calciu) sau sub formă de sirop pe cale orală.

Dintre sedativele vegetale amintim valeriana și beladona care micșorează excitabilitatea sistemului nervos, avînd și acțiune spasmolitică. Valeriana intră în compoziția preparatului Extraversal, iar beladona în formula preparatelor Bergofen, Bergonal, Laurenil, Distonocalm.

Medicația sedativă este indicată în stările de agitație psihomotorie, neliniște anxioasă, tulburări neurovegetative, stările nevrotice.

b. Substanțele sedative hipnotice nebarbiturice și barbiturice: grup de substanțe ce induc un somn mai mult sau mai puțin irezistibil și reversibil. Dintre substanțele hipnotice nebarbiturice menționăm opiaceele (mai puțin utilizate în prezent), sulfatul de magneziu (indicat în crizele epileptice frecvente și stările psihopatoide), clorhidratul, glutetimida (Neoxyron), iar dintre preparatele barbiturice cu efect hipnotic - Ciclobarbitul și Amitalul sedic.

c. Substanțele anticonvulsivante barbiturice și nebarbiturice: grup heterogen de substanțe cu efect anticonvulsivant dominant sau secundar, obținut prin creșterea dozelor. Sînt utilizate pentru efectul anticonvulsivant dublat de o acțiune hipnotică și în scopul realizării unei narcoze de scurtă durată (Evipan, Baytinal). Reprezintă o clasă de substanțe sedativ-hipnotice care pot determina, în funcție de doză, depresiunea funcțiilor psihice de la sedarea ușoară pînă la coma profundă. Acționează predominant la nivelul scoarței cerebrale și a sistemului activator reticulat, în timp ce centrul bulbari circulatori și respiratori sînt mai puțin afectați. Ipoteze mai recente explică acțiunea farmacologică a barbituricelor prin intermediul mediatorului sinaptic inhibitor gamma-aminobutiric (GABA) pe care îl fixează pe receptorul său. După Goodman și Gilman substanțele barbiturice cresc pragul de excitabilitate normală prin stabilizarea membranei celulare și prelungesc timpul de refacere în urma excitației.

- Anticonvulsivante barbiturice. Cel mai utilizat este fenobarbitalul (Luminal) care are o acțiune anticonvulsivantă selectivă, utilă în special în tratamentul epilepsiei cu crize grand mal, fiind unul din medicamentele de elecție. Are o durată de acțiune de 6-7 ore și se prezintă sub formă de comprimate de 0,10 g și luminalete de 0,015 g pentru copii și fiole de 2 ml soluție 10% conținînd 20 mg substanță activă (se administrează numai i.m.). La adulți, dozajul poate ajunge pînă la 0,80-1 g/24 ore, iar în starea de rău epileptic pînă la 1,5 g/24 ore. La copii, dozele variază în raport de vîrstă: sugar 0,02 - 0,03 g/zi, 1-3 ani, 0,05 - 0,10 g/zi, 3-6 ani 0,05 - 0,20 g/zi, peste 6 ani 0,10 - 0,30 g/zi.

Un alt derivat barbituric cu acțiune hipnotică și sedativă puternică este Dormitalul sau Amitalul sodic (cp. de 0,10 g) care induce un somn de 6-7 ore. La adulți se administrează 1-3 cp./zi, iar la copii dozajul este același ca pentru fenobarbital.

Barbituricele cu acțiune hipnotică și narcotică puternică dar de scurtă durată Evipan, Baytinal, Pentatal, sînt utilizate în activările medicamentoase ale traseelor electroencefalografice și în efectuarea electrogocului sub curară.

-Anticonvulsivante nebarbiturice cuprind:

. Seria hidantoinelor - Fenitoin (cp. 0,10 g) se administrează în asociere cu fenobarbital în crizele grand mal, epilepsia simptomeică, echivalențele psihomotorii și este contraindicat în crizele petit mal. La adulți se recomandă 0,30-0,50 g/zi, iar la copii 0,10 g/zi pînă la vîrsta de 1 an, 0,20 g/zi peste 6 ani. Limita toxică este 0,60 g.

. Seria dionelor. Trimeadiona (Trepal) și Primidona (Primidon, Misolin, Majsolin). Trimetadiona (cp. 0,15 g) este indicată în crizele petit mal, picnelepsie, crizele mioclonice și akinetice. La adulți se administrează în doze de 0,9-2 g/zi, iar la nou-născuți și copii 0,3-0,9 g/zi. Primidona (cp. 0,25 g) potențează efectele fenobarbitalului și este indicată în crizele grand mal și formele psihomotorii. La adulți se administrează în dozaj mediu de 0,75 g/zi (0,50-1,60 g/zi), iar la copii 0,25-0,75 g/zi, pînă la 6 ani și 0,50-1,50 g/zi, după 6 ani.

. Seria succinimidelor - Milentin (cp. 0,30 g) 0,60-2,40 g/zi, Colentin (cp. 0,30 g) 1-12 cps./zi, Zarontin (cp. 0,25 g) sub 6 ani se administrează 1 cps./zi, peste 6 ani pînă la 7 cps./zi. Morfolep (cp. 0,50 g) 1-4 cp./zi, Suxilep (cp. 0,25 g) 1-4 cps./zi. Aceste preparate sînt indicate în crizele petit mal.

. Carbamazepina - Tegretol, Stazepin, Finlepsin (cp. 0,20 g) se administrează în dozaj de 0,2-1,2 g/zi, fiind indicată în toate formele de epilepsie.

. Seria benzodiazepinelor. - Diazepam (Valium, Seduxen), Clonazepam (Rivotril, Anteplepsin) (vezi Anxioliticele) sînt indicate în toate formele de epilepsie, inclusiv în starea de rău epileptic.

2. NEUROLEPTICE

Definiție și mod de acțiune. Grup de substanțe psihotrope

caracterizate prin acțiune sedativă centrală, scăderea activității psihomotorii, reactivității emoțional-afective și diminuarea tulburărilor psihotice acute și cronice. Delay definește neurolepticele prin următoarele caracteristici:

- creează o stare de indiferență psihomotorie specifică;
- influențează stările de excitație și agitație;
- domină tulburările psihotice acute și cronice;
- produc efecte secundare extrapiramidale și vegetative;
- acționează predominant subcortical.

Neurolepticele, spre deosebire de hipnotice, nu tulbură conștiința și procesele de gândire, realizînd o stare de liniște generală. Au acțiune simpatico-spasmolitică, ușor hipnotică, hipotermizantă, hipometabolică, antiemetică, de potențare a anesteziei, analgezicelor, curarizantelor și anticonvulsivantelor. Efectul sedativ se realizează prin acțiunea adrenalitică centrală, efectul antipsihotic prin blocarea receptorilor adrenergici, iar tulburările neurologice de tip parkinsonian se datoresc blocajului receptorilor dopaminergici din nucleii bazali. Mai posedă proprietăți parasimpaticolitice (fenotiazinele), antihistaminice și antiserotoninice.

Neurolepticele acționează la nivelul formației reticulate, inhibă transmiterea excitațiilor către cortex și frînează astfel reacțiile emoționale, anxietatea sau agitația psihomotorie, diminuînd tonusul funcțional, cortical și creînd o stare de indiferență față de excitațiile mediului ambiant. Prin aceasta ele se interferează cu activitatea aminelor biogene din creier (serotonina și catecolaminele), al căror exces determină stări de agitație psihomotorie, delir și fenomene halucinatorii.

Clasificare Medicația neuroleptică s-a diversificat continuu de la introducerea în terapeutică în anul 1952, de către Delay și Deniker, a Clorpromazinei (sintetizată de Charpentier în anul 1950). Apariția unor noi neuroleptice este jalonată de Levomepromazină (Sigwald -1956), Tioridazină (Tasscher -1958), Haloperidol (Jansen -1958), Tioproperazina (Delay, Ceirault, Girard -1960), Flufenazina (1962), Sulpirida (Justin-Bezançon -1967), neurolepticele cu acțiune prelungită (1964). Numărul mare de substanțe neuroleptice, mecanismele complexe de acțiune, efectele clinice diferite au impus clasificări diferențiate în raport de parametrii clinici și efectele secundare (Lambert -1960, Boben -1972), eficiența clinică (Deniker -1977) sau structura chimică.

În clasificarea clinică a lui Deniker neurolepticele se împart în:

1. Sedative (efecte secundare vegetative maxime și extrapiramidale minime): fenotiazine alifactice : Levomepromazina, Clorpromazina, tioxantene: Clorprotixen, (Taractan), Clopentixol (Sordinol), Clopixonol, Flupentixel (Fluanxol); dibenzotiazepine (Clotiapin); dibenzodiazepine (Clozapina); alcoolici de Rauwolfia (Rezerpina).

2. Medii (efecte secundare vegetative și extrapiramidale medii): fenotiazine piperidinice : Tioridazina, Propericiazina, (Neuleptil), Perimetazina (Leptryl).

3. Polivalente, incisive sau majore (efecte secundare vegetative și extrapiramidale intense cu acțiune sedativă, antipsihotică și desinhibitorie): fenotiazine piperidinice : Pipetiazina (Pipertil); butirufenone : Haloperidol; fenotiazine piperazinice: Tiooperazina (Majeptil), Trifluoperazina, Flufenazina (Lyogen).

4. Dezinhibitorii (efecte secundare vegetative minime și hipokinetice maxime, active pe simptomele deficitare ale schizofreniei (autism, apatie): fenotiazine piperazinice: Proclorpromazina / Emetiral; butirufenone: Trifluoperidol; derivați de difenilbutilpiperidine: Fluspirilen (Inap); bentamide : Sulpirida (Dogmatil); bisleptice : Carpipramina (Prasiğil)

Clasificarea neurolepticelor în raport de structura chimică este cea mai cuprinsătoare, permițând adaptarea permanentă la noi preparate (Predescu-1968, 1976, Bernstein-1978, Gineștet, Peron-Mahnan, Zarifian, Chevalier-1979, Zarifian, Leo-1982, Pöldinger, Schmidlin, Widen-1983, Geroges -1985, Specter, Rogers, Rey-1987). Sinteza acestor clasificări permite urmărirea prezentare schematică:

I. Neuroleptice standard

1. Alcoolici de Rauwolfia: Rezerpina, Serpasil

2. Benzokinolisine: tetrabenazina (Nitoman)

3. Fenotiazine:

a) Derivați aminalkilfenotiazinici: Clorpromazina (Cloridazin, Plegemazin, Lorgactil), Levomepromazina (Levomepromazin, Tisercin), Prometazina (Remergan, Fenergan), Alimemazina (Theralene).

b) Derivați piperidinalkilfenotiazinici: Tioridazina, (Tioridazin, Melleril), Propericiazina (Neuleptil), Perimetazina

(Leptryl), Pipesiazina⁴⁷¹ (Pipertil).

c. Derivați piperazinilalkilfenotiazinici: Proclorperazina (Emetiral, Stemetil), Trifluoperazina (Trifluoperazin, Stalamina, Tiooperazina (Majeptil), Perfenazina (Decentan, Trilafen), Dixirazina (Esuces), Flufenazina (Lyogen, Lyorodin, Mirenil, Moditen, Prelixin).

d. Derivați hemopiperazinilalkilfenotiazinici: Hemofenazina (Pasadon).

e. Alți derivați fenotiazinici: Spiclemazina (Diseptron).

4. Azofenotiazine Protipendyl (Dominal)

5. Tioxantene: Clorprotixen (Truxal, Taractan, Clopentixol (Sordinol, Clopixonol, Flupentixel (Fluanxol).

6. Butirufenone: Haloperidol (Haldol), Fluanisona (Haloanisona) Trifluoperidol (Triperidol, Trisedyl), Metilperidol (Luva-tren), Benzperidol (Frenactil), Droperidol (Droptetan).

7. Difenilbutilpiperidine: Pimozid (Orap), Fluspirilen (Inap), Fenfluridol (Semap).

8. Dibenzazepine: Fluperlapina

9. Dibenzotiepine: Clorotepina (Clotepin)

10. Dibenzodiazepine: Clozapina (Leponex)

11. Dibenzotiazepine: Clotiapina (Entumin)

12. Dibenzoxazepine: Loxapina (Lexapac)

13. Derivați indolici: Oxipertina (Integrin), Melindona (Moban)

14. Benzamide: Sulpirida (Dogmatil), Sulmeprida (Socian), Sultoprida (Barnetil).

II. Neuroleptice cu acțiune prelungită (depôt, retard).

1. Derivați de fenotiazină:

a) Derivați piperadinilalkilfenotiazinici: Tioridazina (Melleril retard), Undecilenat de pipetiazină (Pipertil M₂), Palmitat de pipetiazină (Pipertil L₄).

b. Derivați piperazinilalkilfenotiazinici: Enutat de perfenazină (Decentan-Depôt), Enatat de flufenazină (Moditen, Prelixin), Decanoat de flufenazină (Dapetum, Lyogen-Depôt, Lyorodin, Modicate), Copromat de flufenazină (Mironil).

472
2. Derivați de tiexantens: Decanoat de clopentixol (Ciatyl) Depôt, Clopixel, Depôt, Sordimol Depôt), Decanoat de flupentixol (Fluxol Depôt, Fluxanol retard).

3. Derivați de butirafenens: Decanoat de haloperidol (Haldol Decanoat, Metilperidol (Luvatrene, retard).

4. Derivați de difenilbutilpiperidina: Fluspirilen (Inap), Penfloridol (Semap).

Indicații, contraindicații, eficiență clinică

1. Neuroleptice standard

Indicațiile neuroleptice se definesc prin caracteristicile psihofarmacologice, efectul clinic și modul de acțiune, permițând utilizarea diferențiată în psihiatria adultului și pedopsihiatrie, tulburările psihotice, acute și cronice și, în dozaj corespunzător, în stările nevrotice sau decompensările psihopatice. Astfel, tratamentul neuroleptic este indicat pentru efectul sedativ în manifestări psihotice acute (bufe delirante, decompensările acute din evoluția psihozelor, confuzia mintală) și în stări de agitație de diverse etiologii (agitație maniacală, sindrom confusional, stiliu), pentru efectul antipsihotic în schizofrenie, psihoză delirantă, melancolia delirantă, manie; pentru efectul desinhibitor în componentă autistică din schizofrenie, stări deficitare.

Contraindicațiile neuroleptice generale (relative) și absolute sunt restrinse.

Contraindicații generale:

- boli infecțioase și stări febrile;
- afecțiuni cardio-vasculare: insuficiență cardiacă, tromboze
- afecțiuni hepatice-renale
- vîrsta înaintată; dozele mari pot determina hipotensiunea ortostatică, confuzie, sindrom extrapiramidal.

Contraindicații absolute

- glaucom cu unghi închis;
- adenom de prostată;
- intoxicații acute: alcool, barbiturice;
- graviditate (îndeosebi I-ul trimestru de sarcină).

Accidentele terapiei neuroleptice sînt de asemenea rare:

- icter colestatic;
- agranulocitoză
- sindrom malign (sindromul paloare-hipertermic) poate apărea îndeosebi la neuroleptice incisive, cu mortalitate 50% (febră 40°C,

stare de șoc, hipertensie, tulburări dischinetice sau schinetice, convulsii, deshidratare, acidoză metabolică, hipocalcemie);

- moarte subită.

473

În raport de considerentele consemnate, prezentăm principalele preparate neuroleptice utilizate în clinica psihiatrică.

PHENOTIAZINE

D.C.I. Sinonime	Prezentare	Doză medie/ zi	Indicații	Efecte secundare
1	2	3	4	5
Promazina (sedativ)	draj. 25, 50 100 mg	100-600 mg	Stări de excitație acută. Schizofrenie Delirium tremens și sevrăj. Nevroze.	Hipertensiune. Tahicardie. Pseudoparkinsonism.
Routiazin	f. 5 ml = 50 mg			
Prazina	(i.m., i.v.)			
Protactyl				
Clorpromazina (sedativ)	draj. 25 mg f. 5 ml = 25 mg	75-500 mg	Stări de excitație și agitație, reacții psihotice Psihoze de toate tipurile Delirium tremens, sevrăj. Nevroze Decompensări psihotice Vărsături.	Pseudoparkinsonism. Tahicardie Hipotensiune Rar: icter, agranulocitoză, creșterea ponderală.
Clordelazin	(i.m., i.v.)			
Largactil				
Pligomazin				
Thorazina				
Penactil				
Levomepromazina (sedativ)	op. 25 mg și f. 1 ml = 25 mg	psihoză: 75-300 mg Nevroze: 6-12 mg	Stări de excitație Psihoze (în asociere cu neuroleptice incisive) Depresii (în asociere cu antidepressive) Nevroze.	Hipotensiune Tahicardie Durere la locul inj.
Levomepromazina	(i.m.)			
Nozinan				
Tisercin				
Minozinan				
Prometazina (sedativ)	draj. 25 mg f. 2 ml = 50 mg	75-150 mg	Adjuvant al altor neuroleptice	Obesală
Romergan	(i.m.)			
Panergan				
Tioridazina (sedativ)	draj. 50 mg și 5 mg.	psihoză: 75-500 mg nevroze și pedopsihia: 10-40 mg.	Stări de excitație, anxietate, tensiune Depresie (în asociere cu antidepressive) Nevroze Psihoze organice posttraumatice	Uscăciunea gurii. Hipotensiune Tulburări de acomodare.

1	2	3	4	5
			Tulb. psihice din epilepsii Fenomene de sevrăj la toxi- comani.	
Propericiazina (sedativ) Neuleptil Aolept Neuperil	Sol. 4% 1 pic=1 mg sol. 1% 1 pic=1/4mg cps. 5 și 10 mg.	Nevroze: 5-10mg tulb. de coporta- ment: 15- 30 mg psihoze: 30-60mg	Agitații psiho- motorii agresiv coleroase Distimii cu dis- forie și irita- bilitate Tulburări de comportament din psihoopatie, atări psihoopatoide, epi- lepsie, oligofre- nie, manie, demențe	Hipoten- siune. Simptome extrapira- midale Uscăciu- nea gurii Agitație Tulb. de epi-somn.
Pipotiazina (incisiv și sedativ) Piportil	Sol. 40mg/ 1 ml=40 pic f. 2 ml=10 mg (i.m.) cp. 10 mg	10-20 mg	Psihoze acute și cronice Schizofrenie pa- ranoidă Psihoze haluci- natorii cronice	Simptome extrapira- midale Somnolen- ță. Hipoten- siune or- tostatică
Proclorpera- zina (incisiv) Emetiral Stemetil Tementil	draj. 25mg sup. 5 și 25 mg.	psihoze: 40-200mg nevroze: 15-30 mg	Schizofrenie inhibată Depresii (in asociere cu imiptamina) Nevroze Migrene	Simptome extrapira- midale Uscăciu- nea gurii Iritație gastrică Midriază
Trifluoropera- zina (incisiv) Trifluoropera- zin Stelazin Jatronaural	draj. 5 și 10 mg. f. 1 ml=2mg 5 ml=10mg (i.m.)	nevroze: 5-15 mg psihoze: 30-60mg trat. de întreți- nere 15-30 mg	Anxietate, stări de excitație și tensiune Reacții în psi- hosindroame or- ganice Schizofrenie și alte psihoze (antihalucina- gen, antiautistic) Nevroze	Simptome extrapi- ramidale Oboseală Agitație motorie
Tiopropazina (incisiv) Majeptil Majeptil Ventil	cp. 10 mg sol. 4% 1 pic.=1 mg f. 1 ml=10 mg (i.m.)	nevroze: 5-20mg psihoze: 40-80 mg pină la 120 mg trat. de întreți- nere 20-40 mg	Schizofrenie Manie Psihoze deli- rant-halucina- torii cronice Stări de agi- tație la oli- gofrenii și psi- hopatii. Nevroze cu ele- mente funcționale	Dischiz- zii gra- ve. Grețuri, diaree Oligurie Variații tensiune le.

1	2	3	4	5
Perfenazina (incisiv) Decentan Trilafon	draj. 2-4-8 mg sol. 4 mg/1 ml = 20 pic. f. 1 ml=5 mg (i.m.).	8-30 mg pină, la 60 mg	Schizofrenie Manie Forme parano- id-halucina- torii acute ale schizofre- niei.	Simptome extrapira- midale Uscăciunea gurii Tulburări circulato- rii.
Flufenazina (incisiv) Dapotum Lyogen Lyorodin Mirenit Moditen Prolixin	cp. 0,25-1-4-5- mg sol. 8 pic.= 0,25 mg. f. 1 ml=1 mg (i.m.)	nevroze: 0,75-1,5 mg psihoze: 20-40 mg trat. de întreține- re 1-3 mg	Formele acute și cronice ale psihozelor endogene și exogene Schizofrenie Manie Psihoze seni- le Excitație psi- homotorie Agitație, anxie- tate și tensiune. Nevroze.	Simptome extrapira- midale Oboseală Schizofrenie Psihoze seni- le Excitație psi- homotorie Agitație, anxie- tate și tensiune. Nevroze.
Dirirazina (sedativ) Isucos	cp. 10-25 mg f. 2 ml=20mg (i.m., i.v.)	30-150 mg	Stări de agi- tație, anxietate, tensiune ponde- rală Depresii nevro- tice.	Oboseală Creșterea ponderală Exanteme

AZAFENOTIAZINE

1	2	3	4	5
Protipendyl (sedativ și incisiv) Dominal	cp. 80 mg draj. 20-40 mg. sup. 40 mg f. 2 ml=40mg (i.m., i.v.).	120-480 mg	Excitație u- șoară Schizofrenie cronizată Psihoze exo- gene și en- dogene	Hiperten- siune Tahicardie Tulburări neurovege- tative Simptome extrapira- midale (rar)

TIOXANTENE

1	2	3	4	5
Clorprotixen (sedativ) Taractan Truxal Truxalcten	cp. 5-15-50mg f. 2 ml 1% = 20 mg f. 1 ml 5% = 50 mg (i.m.)	nevroze: 15-30 mg psihoze: 90-300mg	Stări de exci- tație Nevroze Depresii în asociație cu antidepresive Schizofrenie Sevrăj	Uscăciunea gurii Somnolență Transpira- ții Tahicardie labilita- tea pulsu- lui Hipotensiune

1	2	3	4	5
Clopentixol (sedativ și incisiv)	cp.5-10-25mg sol.1 ml=2mg	nevroze: 10-20 mg	Agitație psiho- motorie din	Simptome extrapi-
Sordanol	f.1.ml=10mg (i.m.)	psihoze: 50-75 mg	manie, depresii, oligofrenii, eh-	Diskina-
Ciatyl		pînă la 150mg.trat.	cefalopatii, psihopatii, de -	zii
Clopirol		de între- ținere: 25-50mg	manie. Schizofrenie Nevroze	Hipoten- siune, fi- hicardie, Somnolen- ță. Uscă- ciunea bu- cii.
Flupentixol (incisiv)	draj.0,25- 0,50	1-6 mg	Stări de anxie- tate și tensiu- ne.	Simptome extrapi-
Depixol	1 mg.		Schizofrenie	midale
Emergil	f.1ml=1mg		acută și cro- nică	Hiperten- siune
Fluanxol	f.sol.ul 1ml= =1mg (i.m.)		Schizofrenie acută și cro- nică	Tahicar- die
Tiotixena (incisiv)	cp.10mg	10-60mg	Schizofrenie acută și cro- nică	Tulburări extrapi-
Navane			Psihoze de in- voluție	midale
Orbinamon			Psihoze alcoo- lice	Diskinet Tahicardie Oboseală

BUTIROFENONE

1	2	3	4	5
Haloperidol (incisiv)	cp.1-2-5-10 20mg	nevroze 1-5 mg	Psihoze acute și cronice	Simptome extrapi-
Aldol	sol.2%	copii	Schizofrenie și deliruri siste-	ramidale
Bukystol	10 pic.=1mg	0,5-1mg	matizate halu- zii.	Diskina-
Naldol	sol.0,5%	psihoze	sinatorii(anti- psihotic, haluci- nolitic, antidelir- rant).	Hipoten- siune.
Serenase	40 pic.=1mg	10-30mg	Manie	
Sigaperidol	f.1ml=5mg (i.m., i.v.)	trat.de între- nere 5-10mg	Agitație psiho- motorie grave, acute și cronice Anxietate și ten- siune	
			Tulburări psiho- somatice	
			Tulburări de com- portament infantile- juvenile	
			Nevroze.	
Trifluoperidol (incisiv și seda- tiv)	Sol.:20 pic. =1mg	5-6mg	Schizofrenii acute și cronice	Pseudopar- kinsonism Labilitate
Trisedyl	f.1.ml=2,5 mg (i.m., i.v.)		Agitație psiho- motorie	circula- rie. Reacții cutanate

1	2	3	4	5
Multiperidol (sedativ și incisiv)	cp.5mg sol.5mg/1ml =30 pic.	15-30 mg trat.cu întreținere: 5-15mg	Schizofrenie cronică	Simptome extrapira- midale
Luvatren			Stări haluci- natorii	
			Psihoze acute și cronice fără agitație psihomotorie	
Muanisoma (sedativ și incisiv)	cp.5-20mg sol. 20 pic.=1mg	pe cale orală:5-15mg pînă la 60mg parenteral: 20-100mg	Agitație psi- homotorie	Simptome extrapira- midale
Halcanisoma sedalande	1 pic.=1mg f.4ml=20mg (i.m.)		Stări psiho- motorie	Oboseală
Lenzperidol (incisiv și seda- tiv)	sol: 2mg/1ml= 40 pic.	1-4mg pînă la 12 mg	Stări grave de excitație	Simptome extrapira- midale.
Preoctil	2mg/1ml= 20 pic.		Manie	Hipoten- siune
Glanimen	cp.2mg f.2.ml=2mg		Psihoze senile Psihoze deli- rante	Oboseală.
Uperidol (sedativ și incisiv)	f.2ml=5mg f.10ml=25mg	25-100mg	Stări acute de excitație	Simptome extrapira- midale.
Bridol			Psihoze acute și cronice	Hipoten- siune
Broleptan			Neuroleptanal- ortostati- gie.	Oboseală Tahicardie

DIPENILBUTILPIPERIDINE

1	2	3	4	5
Pimozid (sedativ și incisiv)	cp.1-4-5mg sol.: 2,5ml/1ml= 25 pic.	2-6mg	Psihoze halu- cinatorii. cronice	Simptome extrapira- midale
Orap			Psihoze de involuție	Tulburări neuro-vege- tative
Pimozid				

DIBENZODIALEPINE

1	2	3	4	5
Mozapina (sedativ și incisiv)	cp.25,100mg f.2.ml=50mg (i.m.)	100-400mg	Agitație psi- homotorie. gravă	Oboseală Uscăciunea gurii.
Leponex			Schizofrenie acută și cro- nicizată	Hipertermie Hipersalia- vație.
Leponex			Psihoze acute Tulburări de comportament	Tahicardie Tulburări de acomodare.
			Insomnii re- bele.	Agranulocitoză

DIBENZOTIAZEPINE

1	2	3	4	5
D.C.I. Sinonime	Prezentare	Doză medie/ zi	Indicații	Efecte se- cundare
1	2	3	4	5
Clotiapina (sedativ și inci- siv) Entumin Etomin	cp.40mg f.4ml=40mg (i.m.,i.v.)	20-160mg trat.de în- treținere 40mg	Stări de exci- tație Schizofrenie Crize acute în alcoolism și toxicomanii Toxicomanii cronice.	Simptome extrapira- midale. Uscăciune gurilor Oboseală Variații tensionale Tulburări de acom- dare

DIBENZOXAZEPINE

1	2	3	4	5
Loxapina (sedativ și inci- siv) Daxolin Loxapac Loxitone	cp.25,50mg sol.25mg/ml f.2ml=50mg (i.m.)	50-150mg pînă la 300mg	Psihoze acute și cronice Stări mania- cale și hipo- maniacale Schizofrenia Tulburări ca- racteriale și gizii tardie de comporta- ment.	Simptome extrapira- midale Somnolență Hipoten- siune Dischine- ve.

DERIVATI INDOLICI

1	2	3	4	5
Oxipertina (sedativ și inci- siv) Equipertina Integrin Oxypertin	drag.20,40mg	40-160mg	Psihoze endo- gene și exo- gene Schizofrenii Psihoze de involuție.	Simptome extrapira- midale Oboseală Hipoten- siune.Sa contraîn- dică aso- cierea cu IMAO

BENZAMIDE

1	2	3	4	5
Sulpirida (sedativ și inci- siv) Dogmatil Eglonyl Mirbanil Sulpiril	op.200mg cps.50mg sol.25mg/5ml f.2ml=100mg (i.m.)	Depresii 50-300mg Psihoze: 300-800mg	Psihoze deli- rante și halu- cinatorii acute și cro- nice. Schizofrenie Stări confu- zionale Psihoze de in- voluție Psihozele copi- lului și adoles- centului	Simptome extrapira- midale Amenoree Galactoe- ree

1	2	3	4	5
Suloprida (sedativ și inci- siv) Barnetil	cp.400mg f.2ml=20mg (i.m.)	400 pînă la 1600 mg.	Excitație ma- niacală,Bufes delirante. Schizofrenie acută. Psihoze halu- cinatorii.	Tulburări de comportament din alcoolism, epilepsie,post- traumatice Stări depresi- ve. Nevroze.

II. Neuroleptice cu acțiune prelungită

Reprezintă forme medicamentoase cu cedare susținută denumite neuroleptice, depist, retard, cu acțiune prelungită, extinsă sau dirijată, cu cedare încetinită, gradată sau controlată. Aceste caracteristici rezultă din combinarea neurolepticelor cu diverși acizi grași care le conferă avantajul unei eliberări progresive, trecerea mai ușoară prin membranele celulare și stocarea selectivă la nivelul S.N.C. Se prezintă sub formă de preparate cu administrare pe cale orală sau parenterală.

Preparatele cu administrare pe cale orală sînt de trei tipuri:

- a) cu cedare repetată (imediat după administrare se cedează o doză, apoi, după un interval de timp, o a doua și a treia doză, prin crearea unor "bariere" între doze);
- b) cu cedare susținută (după o doză terapeutică eliberată imediat, urmează o cedare progresivă a substanței active pe o perioadă îndelungată, ceea ce permite menținerea unei concentrații sanguine eficiente);

- c) cu acțiune prelungită (eliberează substanța activă prin cedare constantă, într-un interval prelungit).

Creșterea eficienței a duratei de acțiune. (săptămîni, luni) este realizată prin administrarea parenterală a neurolepticului într-o combinație din care să se elibereze lent: enantat, decanoat, palmitat. Astfel, neurolepticele cu acțiune prelungită reprezintă un real progres în terapia bolilor psihice cu evoluție prelungită, fiind considerate a treia revoluție în psihiatrie, datorită caracteristicilor farmacologice și beneficiilor de ordin tehnic, economic, psihologic sau experimental. Avantajele acestei terapii decurg din:

a) certitudinea administrării și simplificarea schemei de tratament (o injecție la 2-4 săptămîni);

b) reducerea dozei globale, eficiență clinică și toleranță biologică;

c) creșterea complianței la tratament și modificarea favorabilă a relației medic-pacient prin individualizarea și continuitatea tratamentului în condiții de dispensarizare;

d) identificarea pacienților care se sustrag de la tratament;

e) evitarea efectului „primului pasaj”, care conferă certitudinea cantității de substanță activă pătrunsă în organism;

f) reducerea perioadelor de spitalizare.

Beneficiile terapeutice rezultă din posibilitatea administrării spațializate și eficacitatea clinică, prin evoluția în timp a concentrației plasmatice, cinetice, absorbției, prelungirea timpului de înjumătățire și realizarea unui plateau de concentrație la un nivel ridicat.

Cronologic, s-au impus în clinică preparatele depôt de flufenazină, pipotiazină, flupentixol, clopentixol, haloperidol, fluspirilen, penfluridol a căror clasificare este prezentată în continuare.

DERIVATI BENOTIAZINICI

D.C.I.	Sinonime Prezentare	Posologie Cale de adm. Durată de acțiune.	Indica- ții.	Efecte secunda- re. seda-Ex-Hi- tive tra tes- pir. si- Va.
1	2	3	4	5
<u>Enantat de flufenazină</u>	Moditen Retard, Prolixin, Enantat	12,5-100mg i.m. 2-3 săptăm.	Schizofrenii Manie cronicizată Sindroame paranoide sau halucinatorii.	+ +++ +
<u>Decanoat de flufenazină</u>	Dapotum Lyogen Depôt Modicate f.25mg=1ml fl.multidoză	12,5-100mg i.m. 3-4 săptăm.	Schizofrenii Manie cronicizată Sindroame paranoide sau halucinatorii	+ +++ +
<u>Undecilic acid de pipotiazină</u>	Piportil M2 f.25mg=1ml f.100mg=4ml	12,5-100mg i.m. 2 săptăm.	Psihoze cronice Schizofrenii Psihoze halu-	+ ++ ++

1	2	3	4	5
<u>Salmitat de pipotiazină</u>	Piportil L4 f.25mg=1ml f.100mg=4ml	25-100mg i.m. 4 săptăm.	cinătorii cronice Psihoze cronice. Schizofrenii Psihoze halucinatorii cronice	+ +++ ++
<u>Enantat de perfenazină</u>	Decantan, Depôt, Triafen Enantat f.100mg=1ml fl.1g=10ml	100 mg i.m. 2 săptăm.	Schizofrenii Sindroame paranoide Stări maniacale.	+ ++ +

DERIVATI TIOXANTENICI

1	2	3	4	5
<u>Decanoat de clopentixol</u>	Ciatyl Depôt Glopixol Depôt Sordinol Depôt f.200mg=1ml fl.2g=10ml	100-400mg i.m. 2-3 săptăm.	Schizofrenii Sindroame paranoide și halucinatorii	+ ++ ++
<u>Decanoat de flupentixol</u>	Fluanxol Depôt f.20mg=1ml f.40mg=2ml f.80mg=4ml fl.200mg=10ml	20-60mg i.m. 2-4 săptăm.	Schizofrenii	++ ++ ++

DERIVATI DE BUTIROFENONE

1	2	3	4	5
<u>Decanoat de haloperidol</u>	Haldol Decanoat f.70,52mg=1ml f.211,56mg=3ml	50-200 mg i.m. 4 săptăm.	Schizofrenii Psihoze cronice	+ +++ +

DERIVATI DE DIFENILBUTILPIPERIDINE

1	2	3	4	5
<u>Fluspirilen</u>	Imap f.2mg=1ml fl.12mg=6ml	2-6mg/ săpt. i.m. 1 săptăm.	Schizofrenii	+ ++ +
<u>Penfluridol</u>	Semap cp.20 mg	10-40mg/ săpt. per os 1 săptăm.	Schizofrenii	++ ++ +

Utilizarea neurolepticelor în clinica psihiatrică. În administrarea tratamentului cu neuroleptice este necesară precizarea dificultății de a se stabili o corelație directă între indicațiile unui anumit neuroleptic pentru un anumit simptom, sindrom sau boală psihică. Opțiunile terapeutice vor lua în considerare atât caracteristicile psihofarmacologice ale preparatului medicamentos, cât

aspectele clinico-evolutive ale tulburărilor psihice, indicațiile neurolepticelor devenind electiv atunci când sînt eficiente asupra elementelor psihopatologice prezentate de bolnav. În general, terapia psihotropă (sedative, neuroleptice, anxiolitice, antidepressive) vizează „simptomul-țintă” (agitație, inhibiție, depresie, anxietate, halucinații, idei delirante) și evaluarea reactivității individuale, tipului de personalitate, antecedentelor heredo-colaterale și personale. În raport de aceste considerente, redăm orientativ unele corelații specifice dintre formele clinice de boală și apțiunea preferențială pentru alegerea neurolepticelor.

- Agitație psihomotorie: Tioproperazina (Majeptil), Butirofenone (Haloperidol), Triperidol, Droperidol, Clordelazin, Levomepromazina, Clopentixol (Sordinol).

- Tulburări de comportament: Propericiazina (Neuleptil), Clopentixol, Tioridazina, Butirofenone.

- Stări de sevraj în toxicomanii: Azafenotiazina (Dominal), Fenotiazine (Remtiazin, Clordelazin, Tioridazin).

- Psihoze organice: Fenotiazine (Clordelazin, Levomepromazină, Tioridazin, Trifluoperazina).

- Psihoze senile: Sulpirida (Dogmatil), Pimozid (Orap), Azafenotiazina (Dominal).

- Schizofrenia:

• forma paranoid-halucinatorie: Butirofenone (Haloperidol, Triperidol), Clopentixol (Sordinol), Dibenzotiazepine (Entumin), Tioproperazina (Majeptil).

• forma inhibată: Sulpirida (Dogmatil), Proclorperazina (Stemetil), Pipotiazina, Trifluoperazina.

• forma hebefrenică: Levomepromazina, Trifluoperazina, Clozapina.

- Deliruri sistematizate cronice: Butirofenone (Haloperidol, Triperidol, Luvatrene), Pimozid (Orap), Flufenazina (Lyogen).

- Depresii endogene: Clorprotixen (Truxal), Levomepromazină, Flufenazina (Lyogen) (asociate cu antidepressive).

- Manie: Tioproperazina (Majeptil), Flufenazina (Lyogen), Clorprotixen (Truxal), Clopentixol (Sordinol).

- Nevroze:

• forma anxioasă: Flufenazina (Lyogen), Clordelazin, Levomepromazina, Clopentixol (Sordinol).

• forma depresivă: Levomepromazina, Sulpirida (Dogmatil), Flufenazina.

• forma depresiv-anxioasă: Clorprotixen (Truxal), Levomepromazina, Sulpirida (Dogmatil).

• forma obsesiv-compulsivă: Clopentixol (Sordinol), Tioridazina, Fluanzol.

• forma cenestopată: Tioproperazina (Majeptil), Butirofenone (Haloperidol, Luvatrene, Droperidol).

• forma motorie: Tioridazina, Levomepromazina, Azafenotiazina (Dominal).

Efectele secundare ale neurolepticelor se pot sistematiza în neurologice, psihice și somatice.

1. Efectele secundare neurologice apar deosebi în administrarea neurolepticelor incisive. Se împart în:

1. Crize dischinetice acute (dischinezii acute, sindrom dischinetico-hiperton) au o incidență de 2 % și apar în primele zile de tratament. Se descriu:

- dischinezii facio-lingue-faringiene;

- dischinezii masticatorii și ale gâtului;

- crize oculogire cu plafonarea privirii și ceafa în extensie;

- „sindrom bucal”: spasm peribucal și protruzia limbii;

- dischinezii ale trunchiului (pînă la opistotonus).

Dispar la administrarea de antiparkinsoniene de sinteză (Romparkin), Diazepam i.m., i.v., Amital i.v., i.m.

2. Sindromul achinetic apare la câteva zile sau săptămîni manifestîndu-se prin mimică imobilă, privire fixă, vorbire monotonă, mișcările nu mai balansează în mers, încetinirea mișcărilor pînă la achinezie.

Ca tratament se recomandă Romparkin, Antideprin, Centedrin, Masedrină.

3. Sindromul parkinsonian neuroleptic (achinetico-hiperton) are o incidență de 75-100 % în perioada de atac a tratamentului. Se manifestă prin:

- Achinezia: bolnavul este imobil, prezintă amonie;

- Hipertonie: rigiditate cercoasă, plastică; apare semnul „țepii dinșate”, proba Noica pozitivă, exagerarea reflexelor de start.

- Tremurături ale extremităților; regulate, lente (4-6 sec.), de repaus și de postură, se accentuează la ebeseală, emoții, sunt mai pronunțate la mâini.

Totodată se mai constată; R.O.T.vii, reflex naso-palpebral accentuat, reflex palmo-mantonier, semnul Babinski, scrisul micșorat, tremurat, sialoreea.

Beneficiază de tratament cu antiparkinsoniene de sinteză (Romparkin) sau antihistaminice (Romergan, Clorfenexamină).

4. Sindromul hiperchinetico-hiperton apare după sindromul parkinsonian și se manifestă prin:

- neliniște nocturnă a membrelor inferioare (forma minoră);
- akatisie (imposibilitatea de a sta liniștit);
- tahichinezie (tendința de a se deplasa permanent);
- tremor neparkinsonian;
- anxietate.

Răspunde la tratament cu Diazepam, Amital, Tioridazin.

5. Sindromul dischineziei tardive este un sindrom iatrogen manifestat prin mișcări involuntare anormale asemănătoare cu mișcările coreo-atetozice ce pot apare după cel puțin 3 luni de tratament cu neuroleptice și care nu au o altă cauză. Se poate instala după un interval variabil de tratament neuroleptic, dar mai poate surveni după administrare de L-Depa, amfetamine, antidepressive triciclice, antihistaminice, anticolinergice și metocloprimidă. Cel mai frecvent apare după administrarea de fenotiazine, tiokantene, butirofenone, antidepressive asociate cu neuroleptice și îndeosebi în cazul fenotiazinelor piperazinate și fluorate.

Prevalența dischineziei tardive variază între 0,5-0,40 % cu o medie de 20 %. Principalii factori de risc sînt reprezentati de vîrsta înaintată, spitalizări îndelungate, boli neurologice, tratament anterior cu electroșoc sau leucotomie. Raportat la boala psihică, riscul este crescut în cazul schizofreniei cronice, p.m.d., demenței și oligofreniei. Ca factori favorizanti se descriu: predispoziție individuală, leziuni cerebrale preexistente, vîrsta peste 50 ani, utilizarea prelungită a neurolepticelor incisive de doze mari, sexul feminin, administrarea de rutină și în doze mari a antiparkinsonienelor.

Clinic, dischinezia tardivă se caracterizează prin intrinsecă variație de fenomene dischinetice oro-faciale și linguale,

mișcări coreo-atetozice, distonie, ticuri și grimase. Se descriu 3 forme clinice;

- Discretă: dischinezii localizate perioral sau la nivelul mîinilor.

- Medie: dischinezii cu localizări diferite:

• la nivelul feței: mișcări de masticatie, protruzia limbii, mișcări de prognatie sau lateralitate ale mandibulei, protruzia buzelor în „bot de pește”, grimase ale feței;

• la nivelul membrelor superioare: strînge și desface mîinile, încrucicează și descrucicează brațele;

• la nivelul membrelor inferioare: mișcări ample de pseudo-clonus, mișcări de pedalarie;

• la nivelul trunchiului: ridicarea umerilor, torticolis, lordoză exagerată, rotația sau proiecția înainte a bazinului.

- Majoră: sincinezii în mers, akatisie, mișcări coreiforme, tulburări dischinetice ale ritmului respirator.

Patogenia dischineziei tardive este relevată prin studii biochimice asupra concentrației neurotransmițătorilor și enzimelor sintetizatoare care au condus la ipoteza hipersensibilizării receptorilor dopaminergici sub tratament cronic cu neuroleptice.

Profilaxia dischineziei tardive vizează atât modul de administrare al neurolepticelor, cît și depistarea precoce:

- Utilizarea neurolepticelor numai la indicație medicală și evaluarea permanentă a necesității administrării prelungite.

- Administrarea unor doze minime și în perioade cît mai scurte.

- Alegerea preferențială a neurolepticelor cu eficiență antipsihotică ridicată comparativ cu efectul de blocare a dopaminei (Tioridazin, Clorprotixen, Clozapina, Sulpirida).

- Indicarea judicioasă a neurolepticelor depît.

- Evitarea asocierii de rutină a neurolepticelor și antiparkinsonienelor de sinteză (Romparkin).

- Precauții deosebite în administrarea neurolepticelor la femei, alcoolici și pacienți peste 50 ani.

- Evaluări clinice periodice pentru depistarea debutului dischineziei tardive.

- Evitarea stresului, consumului de alcool și cafelei.

Tratamentul dischineziei tardive ridică probleme sub aspectul indicațiilor și eficienței. Cele mai bune rezultate s-au

comunicat prin administrarea de colină și lecitină, fenobarbital sau benzodiazepine care inhibă sistemul depaminergic: Diazepam, Clonazepam, Clorazepat.

II. Efecte secundare psihice

1. Indiferență afectivă și ideativă.
2. Reactivări anxioase.
3. Depresie.
4. Stare confuzională.
5. Somnolență.

III. Efecte secundare somatice

1. Tulburări cardio-vasculare: hipotensiune ortostatică, tahicardie, tulburări de repolarizare și, rar, infarct miocardic.
2. Tulburări endocrine: galactoree, hipo- și amenoreea, frigiditate și impotență, inhibiția ejaculării.
3. Tulburări oculare: tulburări de acomodare (diplopie, miopie), creșterea tensiunii intraoculare, opacități ale cristalinului și corneei, retinite pigmentare.
4. Tulburări digestive: uscăciunea gurii, constipație, greață, inapetență, hipersalivație.
5. Tulburări metabolice: creșterea ponderală, glicozurie.
6. Accidente cutanate: eretism, seboee, prurit, hiperpigmentare.
7. Tulburări urinare: Tulburări de micțiune în special la prostatici.

Cura neuroleptică

Tratamentul neuroleptic presupune diferențierea dozelor în raport de stadiul și forma de manifestare a bolii psihice, toleranța, reactivitatea individuală și obținerea efectului terapeutic. În general, neurolepticele se administrează perioade lungi de timp, constituind cura neuroleptică: tratamentul continuu, susținut și de durată cu substanțe neuroleptice.

Cura neuroleptică are 4 faze în desfășurarea sa în timp:

1. Faza de atac (doze mari de la început) sau faza de creștere treptată (creșterea progresivă a dozelor) are o durată de 3-8 zile. De obicei, se administrează parenteral sau pe cale orală neuroleptice incisive (Haloperidol, Majeptil, Trifluoperazin) la care se asociază un neuroleptic sedativ (Levomepromazină, Clorpromazină)

în scopul sedării bolnavului, tatonării dozelor eficiente și toleranței individuale.

2. Faza de menținere în platou are o durată de 6-8 zile și are ca scop stabilizarea efectelor terapeutice obținute în prima fază.

3. Faza terapeutică are o durată de 15-45 zile, în care se stabilesc dozele minime pentru obținerea efectului terapeutic maxim și evoluție către ameliorare sau remisiune.

4. Faza tratamentului de întreținere are o durată de luni sau ani și vizează stabilirea dozelor optime de întreținere care să asigure adaptarea și integrarea socială, menținerea ameliorării și prevenirea recidivelor psihotice. În această fază se impune scăderea sau creșterea dozelor în raport de evoluția bolii sau, eventual, oprirea medicației în cazul unei evoluții favorabile sau remisiuni de durată.

3. TRANCHILIZANTE

Definiție și mod de acțiune. În mod clasic, medicația tranșilizantă este caracterizată prin acțiunea de reducere a tensiunii psihice și diminuarea anxietății fără a produce somnul, fiind denumită și anxiolitică, ataractioasă sau tranșilizantă minoră. Tranșilizantele sunt definite ca substanțe heterogene din punct de vedere chimic, caracterizate prin acțiunea asupra anxietății, tensiunii emoționale și expresivității lor somatice, proprietăți miorelaxante, fără proprietăți evidente antipsihotice.

Anxioliticele sunt substanțe deprimante ale SNC, având un efect de potențare a tuturor deprimantelor centrale. Ele acționează subcortical, la nivelul substanței reticulate ascendente și al hipotalamusului, influențând procesele de integrare ale senzațiilor și de control al emoțiilor. Prezintă de asemenea o acțiune antihistaminică și spasmolitică exercitată prin relaxarea fibrelor musculare netede și suprimarea controlului tonic parasimpatic, fapt care lărgeste aria indicațiilor clinice. Mecanismul complex de acțiune al anxioliticelor se explică prin scăderea intensității fosforilării oxidative, care determină reducerea concentrației ATP și creșterea concentrației acetilcolinei libere în creier, scăderea vitezei de metabolizare a noradrenalinei și serotonininei, creșterea concentrației GABA.

Clasificare. De la introducerea în terapeutică a Meprobam-
tului (1954), Clordiazepoxidului (1961), Diazepamului (1962), gama anxio-
liticeilor s-a extins prin utilizarea lor atât în psihiatrie, cât
și în medicina generală.

În raport de efectele farmacodinamice, anxioliticele se
împart în:

I. Substanțe blocante interneuronale:

1. Derivații alcoolilor alifatici
2. Carbamați.
3. Derivați propandiolici
4. Derivați diazepinici

II. Substanțe antihistaminice și spasmolitice:

1. Derivați de difenilmetan
2. Derivați de difenilmetanol

Ponderea derivaților benzodiazepinici în cadrul medicați-
ei anxiolitice permite clasificarea în:

I. Tranchilizante benzodiazepinice (în cadrul cărora se
diferențiază preparatele benzodiazepinice cu proprietăți hipno-
tice).

II. Tranchilizante nebenzodiazepinice:

1. Derivați propandiolici (Meproamat, Tybamat)
2. Carbamați (N-Oblivon)
3. Derivați de difenilmetan (Hidroxyzin, Orfenadrina)
4. Betablocante (Proranolol, Alprenolol)
5. Alte substanțe tranchilizante (Cloromezanona, Clometiazol)

Indicații, contraindicații, eficiență clinică

Indicațiile anxioliticeilor se diferențiază în raport de
principalele efecte clinice (anxiolitic, sedativ, miorelaxant, anti-
convulsivant, hipnoinductor) în:

- stări de anxietate
- nevroze
- stări depresive
- tulburări psihomematice
- alcoolism
- alte indicații: utilizarea pentru proprietățile anticon-
vulsivante, miorelaxante, hipnotice.

Contraindicații:

- Absolute: miastenie, insuficiențe grave respiratorii, glaucom.
- Relative: intoleranță, afecțiuni grave hepato-renale și car-
diovasculare, vîrstele extreme, tendințe toxicefilice (pot conduce la
dependență), profesii care necesită coordonare psihomotorie (conducători
auto), prudență în I-ul trimestru de sarcină.

Efecte secundare ale anxioliticeilor sînt rare și reversi-
bile, fiind variabile în funcție de substanța medicamentoasă, dozaj
și durata administrării.

În raport cu datele consemnate, prezentăm principalele an-
xiolitice utilizate în clinica psihiatrică.

TRANCHILIZANTE BENZODIAZEPINICE

D.C.I. Sinonime	Prezentare	Doză medie/ zi	Indicații	Efecte secundare
1	2	3	4	5
Clordiazepoxid Lapoton Librium Melenium	draj. 5mg lomg cps. 10mg f. 100mg (i.m., i.v.)	Nevroze: 20-30mg Bătrîni: 40-60mg Psihoze: 40-60mg pînă la 100-300mg	Tensiune anxioasă. Nevroze Psihoze etilice	Tulburări ataxice
Diazepam Valium Seduxen Mylanum	op. 2,5, 10mg f. 2 ml = 10mg (i.m., i.v.)	Nevroze: 10-40mg Psihoze: 20-80mg	Tensiune anxioasă. Nevroze Delirium tremens Tulb. extrapiramida- le. Dischinezii tar- divă.	Tulburări ataxice
Diazepam Midotel Librium	cps. 5mg 10mg	Adult: 10-30mg Bătrîni: 5-10mg	Tensiune anxioasă Tulburări neuro- vegetative. Nevroze	Tulburări ataxice
Diazepam Raxiten Rax	op. 10, 15 30mg	Nevroze: 10-40mg Psihoze: 20-80mg pînă la 300mg	Tensiune anxioasă. Nevroze Sd. psihoorganice Efecte slabe antiepileptice Delirium tremens	Tulburări ataxice
Diazepam Lavor Lemesta	op. 1mg 2,5mg	2-7,5mg	Tensiune anxioasă Nevroze	Tulburări ataxice
Clonazepam Neurotil Antelepsin	op. 0,5, 2,5 10mg	0,5-12mg	Epilepsie Dischinezii tardivă	Tulburări ataxice Somnolență

1	2	3	4	5
Tofisopam	cp.50 mg	100-300mg	Reglator psi- hovegetativ	Tulburări ataxice
Grandaxin			Sevraj alcoo- lic	
Sériel			Ușor psihosti- mulent	

8

TRANCHILIZANTE BENZODIAZEPINICE CU PROPRIETATI

HIPNOTICE

D.C.I. Sinonime	Prezentare	Doză medie/ zi	Indicații	Efecte secundare
1	2	3	4	5
Nitrazepam	cp.2,5,5mg	2,5-10mg (seara)	Tulburări de somm.	Tulburări ataxice
Mogadon		5-20mg	Nevroze	Obnubila- re.
Radedorm			Sd.psihosoma- tice	
Flurazepam	cp.15,30mg	15-60mg	Tulburări de somm	Tulburări ataxice
Dalmadorm	cps.15,30mg	(seara)		Obnubilare
Staurodomm				
Temazepam	cps.10mg	20-40mg (seara)	Tulburări de somm	Tulburări ataxice
Normison				Obnubilare
Planum				
Midazolam	cp.10mg	1 cp.seara	Tulburări de somm	Tulburări ataxice
Dormicum	f.3.ml=15mg (i.m.,i.v.)			

TRANCHILIZANTE NEBENZODIAZEPINICE

DERIVATI PROPANDIOLICI

D.C.I. Sinonime	Prezentare	Doză medie/ zi	Indicații	Efecte secundare
1	2	3	4	5
Meprobat	cp.400mg	Nevroze:	Tensiune an- xioasă	Tulburări ataxice
Aneural	sup.200,400mg	400-1200mg	Nevroze	Poate de- pendent
Miltown	f.5.ml=400mg	Psihozes:De- lirium tre- mens:	Delirium tre- mens	
Procalmadiol		2000-2400mg	Arterioscle- roză	

CARBAMATI

1	2	3	4	5
Metilpentinol	cps.250mg	250-750mg	Tensiune an- xioasă	Obnubilare
N-Oblivon			Tulburări de somm	Vertij
			Nevroze	Tulburări de conș- trare
Phenprobat	draj.400mg	400 până la	Tensiune anxioasă	Tulburări ataxice
Gamaquil	sup.800mg	1600mg	Nevroze	

DERIVATI DE DIFENILMETAN

1	2	3	4	5
Hidroxyzin	cp.10,25mg	Nevroze:	Tensiune an- xioasă	Tulburări ataxice.
Atarax	sirop 10mg=	30-100mg	Tulburări de somm	Somnolen- ță.Uscă- ciunea gu- rii.
Masmoran	5ml. f.2ml5%-100mg (i.m.,i.v.)	Psihozes: 300-600mg	Nevroze Vasculări, Senilitate, Demente.	Obnubila- re
Orfenadrina	cp.50mg	200-300mg	Tensiune an- xioasă	Insomnii
Disipal			Acțiune psi- hostimulantă și antiparkin- soniană	
Nerflex				

BETABLOCANTE

1	2	3	4	5
Acebutolol	cp.200,400mg	400-800mg	Stări anxioa- se	Bradicar- die.Hipo- tensiune.
Septal			Stress	Oboseală
Prent			Tulburări psi- hosomatice	Vertij
Sectral				Tulburări gastro-in- testinale
				Prudență în astm bronic și diabet.Nu se asocia- ză cu IMAO și antago- niști de calciu
Adrenolol	cp.50mg	300-400mg	Stări an- xioase	Idem
Aptin			Stress	
Gubernat			Tulb.psiho- somatice	
Oxprenolol	cp.40mg	80-160mg	Stări an- xioase.	Idem
Trasicor	draj.160mg		Stress	
Slow-Trasicor			Tulb.psiho- somatice	
Propanolol	cp.10,20,40	80-160mg	Stări an- xioase	Idem
Avlocardyl	80,160mg		Stress	
Decitan			Nevroze	
Inderal			Tulb.de psihosomatice	
Indobloc				
Propanur				

ALTE SUBSTANTE TRANCHILIZANTE

1	2	3	4	5
Clemetiazol	cp.300,500mg	per os;	Predelirium,	Tuse iri-
Distansaurin	cps.300mg	2-6g	Delirium tre- mens	tativă,18- crimare
Remineurin				

1	2	3	4	5
	dra. 500mg f. 800mg/100ml fl. perf. 4g/ 500ml (i.v.)	perfuzii 4-8g în 6-12 ore i.v. 1000 pînă la 2500mg	Sevră alcoolice Geriatric Sd. confuzionale senile	Depresii ne respi- ratorie Scădere tensională Risc de de- pendență
Trimetozină	cps. 300mg	600 pînă la 2400	Tensiune an- xioasă	Greață Cefalee Exantem
Opalane	cps. 300mg			
Triloxazine				

II. PSIHOANALEPTICE (STIMULANTE): stimulează activitatea sistemului nervos central, acționând ca stimulante ale timiei (dispoziției), stimulante ale vigilenței și activității intelectuale. Se împart în:

1. Antidepresive:
 - a. Timoleptice (antidepresive ciclice)
 - b. Timoanaleptice (antidepresive IMAO)
2. Neoanaleptice (stimulante ale vigilenței):
 - a. Analeptice simple prin acțiune directă
 - b. Amine simetice simpatico-mimetice
 - c. Psihotone sintetice cu acțiune simpatico-mimetică redusă sau nulă
 - d. Psihotone de reglare metabolică

1. ANTIDEPRESIVE, TIMOLEPTICE ȘI TIMOANALEPTICE

Definiție. Substanțe psihotrope capabile să amelioreze stările depresive endogene și să transforme dispoziția depresivă în euforică (Deniker, Loo-1978).

Istoric. De la confirmarea în anul 1957 a proprietăților antidepresive ale Iproniazidei (Kline, Crane, Schrebel) și Imipraminei (Kuhn) s-au descoperit și introdus în terapie, de-a lungul anilor, noi și noi substanțe antidepresive. Dintre acestea menționăm, într-o jalonare temporală, preparatele I.M.A.O. (Izocarboxazida, Nialamida, Fenelzina, Tranilcipromina), Amitriptilina (Dorfman, Ayd, Freed-1960), Trimipramina-Surmontil (Julou și colab., Lambert și Guyotat, Sigwald și colab., 1962), Sulpirida-Dogmatil (Justin-Besançon și colab., 1967), antidepresivele cu structură originală (Nomifensina, Viloxazina, Fluvoxamina), antidepresivele tetraciclice (Mianserina, 1966, Maprotilina, 1970).

Clasificare. În încercarea de cuprindere a substanțelor antidepresive s-au emis mai multe tipuri de clasificare, raportate la

structura chimică, efectele clinice sau acțiunea psihofarmacologică.

A. În raport de structura chimică, substanțele antidepresive se împart în antidepresive ciclice și antidepresive IMAO:

1. Antidepresive ciclice (timoleptice):

1. Antidepresive tricyclice:

a. Derivați dibenzazepinici:

• Derivați iminodibenzilici: Imiprimina (Antidepressin, Tofranil), Clorimipramina (Anafranil), Desipramina (Pertrofan), Trimipramina (Harphonal, Surmontil), Lefeparamina (Gamonil).

• Derivați ai iminostibenului: Oripipramol, (Insidon), Carbamazepina (Tagretol).

b. Derivați dibenzodiazepinici: Dibenzepina (Neveril).

c. Derivați dibenzocicloheptenici:

• Derivați ai dibenzocicloheptadienului: Amitriptilina (Amitriptilină, Saroten, Teperin, Tryptizol), Nortriptilina (Nortriptilină, Aventyl).

• Derivați ai dibenzocicloheptatrienului: Protiptilina (Concordin, Vivactil).

d. Derivați dibenzoxepinici: Doxepina (Aponal, Sinequan)

e. Derivați dibenzoxazepinici: Amoxapina (Anamox)

f. Derivați dibenzotiepinici: Bosulepin (Prothiaden)

g. Derivați antracenici: Melitracen (Tausabun)

h. Derivați acridanici: Dimetacrina (Istanil)

2. Antidepresive tetraciclice: Mianserina (Leriven), Maprotilina (Ludiomil)

3. Antidepresive (timoleptice) diverse: Fluvoxamina (Myroxim), Nomifensina (Alival, Merital), Viloxazina (Vivalan, Emovit), Trazodone (Tombran), Triptofan (L-Tryptophan), Azapfen (Azafen), Zimeldina (Normud).

II. Antidepresive IMAO (timoanaleptice, timeretice):

1. Derivați hidrazinici: Iproniazida (Marcilid), Izocarboxazida (Marplan), Nialamida (Niamid)

2. Derivați hidrazidici: Fenelzina (Nardil), Feniprazina (Catren)

3. Alte preparate: Tranilcipromina (Parnate)

B. În raport de efectele clinice, stimulent și sedative:

Stimulente

494

Desipramina
Clorimipramina
Imipramina
Protriptilina

Sedative

Doxepina
Dibenzepina
Mianserina
Amitriptilina
Maprotilina
Trimipramina

C. In raport de potențialul psihoton (stimulent) și sedativ, Zarifian, Loo și Cuche realizează o scalare gradată a diferitelor antidepressive:

Efect psihoton: I M A O

Nomifensina
Desipramina
Viloxazina
Clorimipramina
Imipramina
Protriptilina
Nortriptilina
Doxepina, Dibenzepina
Mianserina
Maprotilina, Amitriptilina
Trimipramina

Efect sedativ

D. Din punct de vedere farmacologic antidepressivele pot fi clasificate în:

I. Antidepressive triciclice clasice: Imipramina, Clorimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Trimipramina, Protriptilina, Opipramol, Doxepina, Dosipramina.

II. Antidepressive triciclice modificate: Lofepramina, Oxidul de amitriptilină.

III. Antidepressive tetraciclice: Mianserina, Maprotilina

IV. Derivați antracenici: Miltiracen

V. Antidepressive noi din punct de vedere chimic: Fluvoxamina, Nomifensina, Viloxazina

VI. IMAO: Iproniazida, Isocarboxazida, Nialamida, Fenelzina, Trimipramina

VII. Antidepressive atipice: Sulpirida, Triptofan, Trazodon, Alprazolam.

Acțiune: Antidepressivele triciclice acționează asupra SNC.,

495

avind efect antidepressiv (în doze moderate) și efect sedativ (în doze mari); asupra S.N.V. simpatic, ca simpatico-mimetic (în doze moderate) și simpaticolitic (în doze mari); asupra S.N.V. parasimpatic, ca anticolinergic (efect atropinic). Posedă acțiuni antihistamice și antiserotonice discrete, scad pragul convulsivant, iar în doze mari produc efecte toxice pe cord cu tulburări de repolarizare și conducere. Mecanismul de acțiune este explicat prin inhibarea recaptării catecolaminelor și serotoninei de către neuroni, care conduce la creșterea neuromediatorilor la efectar și prin activitatea anticolinergică la nivelul S.N.C. Metabolizarea este aproape totală, cu eliberarea a numeroși metaboliți și se realizează prin demetilare progresivă, N-oxidare, N₁-dezalchilare, hidroxilare și rearanjare intramoleculară.

Antidepressivele tetraciclice nu inhibă recaptarea monoaminelor cerebrale, normalizează transportul serotoninei în plachetele sanguine, avind o influență specifică asupra metabolismului aminelor biogene din S.N.C., acțiune periferică antiserotoninică și avantajul reducerii efectelor anticolinergice, cardiotoxice și hipotensive.

Antidepressivele IMAO inhibă sau diminuează monoaminoxidaza, care se consideră că este crescută în depresii. Nu au efect anticolinergic central, sînt antagonizate de rezepină, potențează efectele amfetaminelor și au efect antiepileptic moderat; la nivelul S.N.V., simpatic au efecte simpaticolitice, dar prin inhibiția formării de noradrenalină, produc vasodilatație coronariană discretă și diminuarea metabolismului miocardic. Realizează inhibiția dezaminării producînd acumularea de mediator ai catecolaminelor și derivaților lor, acumularea de serotonină și tiramină, inhibă activitatea microzomială hepatică.

Indicații, contraindicații, eficiență clinică

Indicațiile antidepressivelor cuprind stările depresive, p.m.d. (starea melancolică), psihozele cronice (formele afective ale schizofreniei, fazele asteno-depresive, ale psihozelor paranoide), nevroza obsesiv-fobică, algiile rebelle, enurezis, boala Parkinson (componenta depresivă și manifestările achinetice). În raport de forma depresiei, starea clinică, vîrstă și toleranță se pot face următoarele distincții privind indicațiile anumitor antidepressive:

- predominanța inhibiției: Imipramina, Clorimipramina, Desipramina, IMAO;

- predominanța anxietății: Amitriptilina, Doxepina, Dibenzepina, Mianserina, Maprotilina;

- depresii de involuție și somatogene. Mianserină, Maproti-
lina.

Contraindicații generale ale antidepressivelor sînt reprezen-
tate de tulburările cardio-vasculare, hipertrofia de prostată, ante-
cedente de galucom, tulburări ASC, vîrsta înaintată, insuficiență he-
pato-renală, epilepsie, alcoolism, ulcer, agitație psihomotorie,
I-ul trimestru de sarcină, asocierea cu IMAO. Menționăm restrînge-
rea contraindicațiilor antidepressivelor tetraciclice (mianserină, ma-
protilină) în tulburările cardio-vasculare, hipertrofia de prostată,
glaucom, ASC, vîrsta înaintată.

Contraindicații absolute:

- glaucomul cu unghi închis și retenția de urină; antidepressi-
vele triciclice;
- fragilitatea vasculară cerebrală; antidepressivele IMAO.

Efectele secundare ale antidepressivelor vegetative (anti-
colinergice), psihice, neurologice și somatice - pot fi sistema-
tizate astfel:

• Tulburări psihice:

- anxietate (antidepressive stimulente);
- neliniște psihomotorie;
- creșterea riscului suicidar;
- virajul spre manie;
- Tulburări de somn (somnolență sau insomnie);
- stări confuzionale (îndeosebi la subiecți în vîrstă);
- acuze subiective: astenie, cefalee, tulburări de libido.

• Tulburări neurologice:

- tremurături ale extremităților;
- hipotonie musculară;
- hiperreflexivitate estero-tendinoasă;
- crize comițiale;
- polinevrită.

• Tulburări somatice:

- oculare: tulburări de acomodare (midriază), creșterea tensi-
unii intraoculare;

- cardio-vasculare: Hipotensiune arterială ortostatică, pusee
hipertensive (IMAO), miocardiopatie, tulburări de conducere (bloc A-V,
bloc de ramură), tulburări de ritm, tulburări de repolarizare a seg-
mentului ST, tulburări de coagulare (tromboză venoasă);

- digestive: uscăciunea gurii, grețuri, vomă, constipație, icter (rar);

- urinare: oligurie, retenție urinară, blocaj renal (rar);

- cutanate și alveolare: eozinofilie, hiperhidroză, urticarie,
edem Quincke;

- endocrine-metabolice: tulburări de ciclul menstrual, tulbu-
rări de ejaculare, scăderea libidoului, creșterea ponderală;

- teratogeni

Atitudinea terapeutică în prevenirea și combaterea efectelor
secundare constă în individualizarea dozelor, supravegherea tratamen-
tului, alegerea substanței antidepressive și administrarea diferen-
țiată în raport de starea clinică, asocierea la necesitate de hipne-
tice, anxiolitice sau neuroleptice.

Corelativ cu aceste considerente, redăm în continuare principa-
lele substanțe antidepressive (timoleptice și timoanaleptice) utiliza-
te în tratamentul stărilor depresive.

I. TIMOLEPTICE (ANTIDEPRESIVE CICLICE)

1. ANTIDEPRESIVE TRICICLICE

a. Derivați dibenzazepinici

a₁. Derivați iminodibenzilici

D.C.I. Sinonime	Prezentare	Doză medie/ mg	Indicații	Efecte se- cundare
1	2	3	4	5
Imipramina	draj. 10, 25, 50	Nevroze: 25-75mg	Melancolie	Uscăciunea
Antidepressin	mg.	25-75mg	Stări depre- surii	garii.
Imfranil	f. 2ml-25mg	Psihoze: 150-200mg	sive	Tahicardie
Imiprin	(i.m.)	Întreținere 50-100mg	Nevroze	Transpirații
			Eurezis	Tulburări de
			nocturnă	somn
				Tremurături
Derimipramina	draj. 10, 25mg	50-200mg	Depresii en-	Uscăciunea
Imfranil	f. 2ml-25mg		dogene	garii.
Hydiphen	(i.m., i.v.)		Stări depre- surii	Tahicardie
			sive inhiba-	Transpirații
			te.	Hipotensiune
			Nevroze	
Imipramina	drag. 25mg	25-200mg	Depresii gra-	Uscăciunea
Artrofan	f. 2ml-25mg		ve inhibate	garii
	(i.m.)		Depresii de	Transpirații
			involuție	Tulburări de
			Depresii psi-	somn
			dogene	Agitație
			Melancolie	Tulburări de
				acomodare
Imipramina	op. 25, 100mg	30-300mg	Depresii cu	Uscăciunea
Imfranil	f. 2ml-25mg		agitație și	garii
Imphenal	(i.m.)		anxietate	Palpitații
	(sol. 4%: 1 pic - 1mg		Stări depre-	Hipotensiune
			siv-melanco-	Patigabilita-
			lie, nevro-	te

1	2	3	4	5
			rice și reac-	
			tive	
<u>Lefepamina</u>	op.33,7mg	7e-12mg	Stări depresi-	Obeseală
<u>Gamenil</u>			ve cu agita-	- Vertij
			ție sau	Uscăciune
			inhibiție psi-	guri
			hometerie	

a.2. Derivați iminestilbenici

1	2	3	4	5
<u>Opipranol</u>	drag.5mg	5e-3eeng	Nevroză forme	Uscăciune
<u>Insiden</u>			depressive și	guri
<u>Ensidon</u>			neurovegeta-	Fatigabili-
			tive	tate
			Distimie de-	Vertij
			presivă, tensi-	
			une anxioasă.	

b. Derivați dibenzodiazepinici

1	2	3	4	5
<u>Dibenzepina</u>	drag.4e-8mg	12e-72mg	Stări depres-	Fatigabili-
<u>Nevertil</u>	f.2ml=4mg		sive	tate
	(i.m., i.v.)		Melancolie	Semnelență
				Hipertensiune
				Tahicardie

c. Derivați dibenzocicloheptenici

e.1. Derivați dibenzocicloheptatienici

1	2	3	4	5
<u>Amitriptilina</u>	op.drag.1e,	3e-2eeng	Depresii an-	Uscăciune
<u>Amitriptilina</u>	25,5e,75		xiase	guri
<u>Larexyl</u>	f.2ml=2mg		Depresii mas-	Fatigabili-
<u>Saretem</u>	și 5e mg		cate, reactive	tate
<u>Teperin</u>	f.1.1ml=1eeng		și nevrotice	Palpitații
<u>Tryptinel</u>	(i.m., i.v.)			Hipertensiune
<u>Nortriptilina</u>	drag.op.1e,	3e-2e mg	Depresii in-	Excitație
<u>Nortriptilina</u>	25,5mg		hibate	Uscăciune
<u>Nortrilem</u>	f.1ml=1eeng		Melancolie	guri
<u>Aventyl</u>	(i.m.)			Tahicardie
				Tulburări
				de somn

e.2. Derivați dibenzocicloheptatrienici

1	2	3	4	5
<u>Pretiptilina</u>	op.5,1eeng	15-6eeng	Depresii in-	Uscăciune
<u>Cenzerdin</u>			hibate	guri
<u>Maximed</u>			Depresii en-	Tulburări
<u>Vivaetil</u>			dogene sau	de somn
			exogene în-	Tahicardie
			că agitație	

d. Derivați dibenzexepinici

1	2	3	4	5
<u>Dexepina</u>	drag.5,1e,25	25-15eeng	Depresii cu	Fatigabili-
<u>Apenal</u>		până la	tensiune an-	tate

1	2	3	4	5
<u>Maquan</u>	op.1e,25,5eeng	3eeng	xiase și	Uscăciune
	f.2ml=25,5eeng		agitație	guri
	(i.m.)		Sindromul neu-	Tulburări
			rovegetative	de acone-
				dare
				Semnelență

2. ANTIDEPRESIVE TETRACICLICE

1	2	3	4	5
<u>Manocrina</u>	op.1e,3eeng	2e-1eeng	Depresii endo-	Fatigabili-
<u>Thymil</u>			gene, reactive,	tate
<u>Ariven</u>			de involuție	Semnelență
<u>Manan</u>				
<u>Ariven</u>				
<u>Aporetina</u>	op.drag.1e,25	3e-2eeng	Depresii endo-	Uscăciune
<u>Adiomil</u>	5e,75mg		gene, nevrotice	guri
	f.2ml=25mg		reactive, de in-	Hipertensiune
	(i.v.)		voluție cu in-	as.
			hibiție psihometrie sau a-	Fatigabili-
			gitație moderată, Distimie i-	tate.
			ritabilă, tensiune anxioasă.	

3. ANTIDEPRESIVE (TIMOLEPTICE) DIVERSE

1	2	3	4	5
<u>Iminensina</u>	op.25,5eeng	5e-1eeng	Depresii inhi-	Uscăciune
<u>Alival</u>			bate, reactive,	guri
<u>Arital</u>			endogene și	Grețuri
			mascate	Tulburări
			Depresii de cli-	de somn
			max.	
<u>Alloxasina</u>	op.5e,1eeng	1e-3e mg	Depresii endo-	Tulburări
<u>Alvalan</u>			gene, nevrotice,	de somn
<u>Arivit</u>			reactive	Cefalee
			Melancolie de	Grețuri
			involuție	Tulburări
				gastro-intestinale.
<u>Arazedona</u>	op.25,5e,1e	75-3e	Stări depresiv-	Semnelență
<u>Aragazona</u>	mg, f.2,5ml=	mg	anxioase	Excitație
<u>Arabram</u>	25mg, 5ml=5eeng			Insemnii
				Transpirații

II. ANTIDEPRESIVE IMAS (TIMOANALEPTICE, TIMOREPTICE)

1	2	3	4	5
<u>Ariniazida</u>	op.5eeng	Dose de	Depresii inhi-	Hipertensiune
<u>Arillia</u>		ataa:	bate	as.
		5e-15eeng		Incompatibilitate cu
		Dose in-		timeleptice
		treționale:		hipertensiune,
		25-5eeng		levedepa

1	2	3	4	5
<u>Izocarbexazida</u> Marpian	ep. 1mg	Dose de atac: 3mg Dose întreținere: 1-2mg	Depresii inhibate de Depresii înveluș Depresii în- hibate, ne- vretice, de inveluș	Aceleași ca la Iprenia- zidă,
<u>Nialamida</u> Niamid	ep. 25, 100mg	50-300mg	Depresii in- hibate, ne- vretice, de inveluș	Aceleași ca la Iprenia- zidă
<u>Tranilipremina</u> Pernate	ep. 5, 10mg	10-30mg	Depresii in- hibate	Aceleași ca la Iprenia- zidă,

2. NOOANALEPTICE (STIMULENTE ALE VIGILANȚEI)

Grup de substanțe psihetrope cu structuri chimice diferite și efect de stimulare directă sau indirectă a S.N.C.

Se pot clasifica în 4 categorii, în raport de structura chimică și efectele clinice.

a. Analeptice simple cu acțiune directă:

. Analeptice clasice: Cofeina, Picroterina, Nicetamina, Camferul, Sulfatul de stricnină.

. Analeptice moderne: Benegridul (Ahyphen), Megimid, Heptaminel.

Indicațiile clinice sînt reduse în psihiatrie, fiind utilizate ca antidot în intoxicațiile barbiturice, combaterea efectelor secundare cardio-vasculare ale neurolepticilor (Heptaminel) sau în activările eeg (Ahyphen).

b. Amine sintetice simpaticomimetice: Efedrina, amfetaminele (Benzedrina) sînt apropiate ca structură chimică de adrenalina și noradrenalină, avînd efecte psihestimulante și antihipnetice. Administrarea lor necesită prudență, datorită riscului de dependență și toxicomanie.

c. Psihetone sintetice cu acțiune simpaticomimetică redusă: Metilfenidat (Centadina, Retalin), Levofacetoperana (Lidepran), au efect psihestimulant, diminuează efectele secundare ale neurolepticilor, elimină dependența.

d. Psihetone de reglare metabolică: Centrefenexina (Meclofenexat, Lucidril), Piritecina (Encaphabel, Enerbel), Piracetam (Neutrepil, Pyramen), acidul glutamic (Glutaren), extracte de creier (Crelizin), lecitine, vitamine din grupul B, C, produși hormonal. Aceste preparate au o toleranță bună, nu produc dependență, fiind utilizate pentru

efectul reberant și stimulant asupra S.N.C., cu indicații în stările de astenie, surmenaj, epuizare și în sindroamele organice cerebrale.

III. PSIHOIZOLEPTICE (STABILIZATOARE): acționează ca stabilizatoare ale timiei. Pînă în prezent au fost introduse în terapia psihiatrică substanțele timoleptice (sărurile de litiu) care aparțin grupului timereglat, întrucît previn oscilațiile timiei spre manie sau depresie, avînd o acțiune sedativă asupra stărilor de excitație.

Litiul a fost introdus în terapia medicală în anul 1850. În anul 1949 Gade descoperă efectul sedativ al ionului de litiu în agitația maniacală, iar în 1970 este demonstrată acțiunea profilactică a sărurilor de litiu în P.M.D., ulterior indicațiile terapeutice fiind diversificate.

Mecanismele de acțiune ale ionului de litiu sînt încă puțin cunoscute, acesta avînd numeroase efecte metabolice și funcționale. Acțiunea sa se realizează asupra neuremediatorilor și asupra permeabilității membranare. Astfel, Tasset consideră că litiul intervine în procesele fiziopatologice implicate în etiopatogenia P.M.D.: tulburările metabolismului monoaminelor și tulburările electrolitice.

Se presupune că litiul accelerează metabolizarea presinaptică a catecolaminelor, inhibă eliberarea neuremediatorilor sinaptici și scade sensibilitatea receptorului postsinaptic, centralizînd hiperactivitatea sistemelor aminergice din sindregul maniacal. Reglarea presinaptică și postsinaptică a transmiterii neuronale, precum și trecerea ionului de Li în celulă, unde își exercită acțiunea, este legată de ionii de Na, K, Mg și Ca. Eliberarea mediatorilor este probabil dependentă de ionul de Ca, iar configurația receptorilor postsinaptici poate fi alterată de ionul de Na.

La nivelul membranei celulare, ionii de Ca și Mg au rol stabilizator în sensul scăderii permeabilității. Deplasarea de către litiu a ionului de Ca sau Mg poate crește permeabilitatea membranelor. În lichidul extracelular, acțiunea litiului este similară ionului de K, stimulînd ieșirea Na din celulă prin schimbarea de cationi și activarea pompei $Na^+ - K^+$ care ar fi deficitară în P.M.D. Se presupune astfel o scădere a Na intracelular care conduce la eliberarea de amine și recaptarea lor sau a precursorilor. Litiul crește potențialul de repaus, diminuează excitabilitatea neuronală, iar la nivel celular acționează asemănător ionilor de Ca și Mg, interferînd diverselor procese dinamice.

Farmacocinetică. În administrarea orală, litiul are o absorbție rapidă, virtual completă în 6-8 ore. Concentrația maximă plasmatică se realizează în 30 min.-2 h., iar concentrația maximă în creier este stinsă în 24-48 h., întrucât trece greu bariera hematoencefalică. În administrări prelungite, concentrațiile se egalizează prin omogenitatea distribuției în toate țesuturile. Litiul nu se leagă de proteine, difuzează în apa totală, în spațiul extra- și intracelular. Se elimină pe cale renală, clearance-ul îl reprezentând 20% din clearance-ul creatininei.

Dozele medii zilnice pe cale orală sînt de 25-50 mEq litiu sau 1 mEq/kg corp; timpul de înjumătățire este de 7-12 ore. Titrul eficient al litemiei este de 0,75-1,5 mEq/l. Sub aceste valori eficiența este discutabilă, iar peste 1,5-2 mEq/l apar efecte toxice și teratogene.

Indicații, contraindicații, eficiență clinică

Indicații. Terapia cu săruri de litiu este indicată în tulburările afective hipertimice, în care acționează prin efectul sedativ în stările maniacale sau depresive ale P.M.D. Indicația de elecție este reprezentată de sindroamele hipertimice, putînd fi totodată administrate și în alte afecțiuni psihice cu tulburări ale activității (sindroamele schizofrenice-afective, episoade delirante acute, tulburări psihomimetice, psihopatii explozive și impulsive, toxicomani, deliruri cronice, nevroza obsesivă-fobică), afecțiuni neurologice (coreea Huntington, torticolis spasmodic, b. Gilles de la Tourette, miopatia Fuchsmann), sindromul Menière, sindromul premenstrual, diabet zaharat, tireotxicoză, gută.

Tratamentul cu litiu se poate asocia cu antidepresive tricyclice sau IMAO în formele depresive rezistente. În manie are o eficiență comparabilă cu neurolepticele, prezentînd avantajul evitării impregnării neuroleptice. În fazele maniacale se poate asocia cu neuroleptice în scopul unui control eficient al simptomatologiei, după care medicația neuroleptică se retrage și se administrează numai sarea de litiu. Nu se asociază cu Haloperidol, L-Dopa și amfetamine.

Tratamentul profilactic este indicat în prevenirea recăderilor din sindroamele hipertimice cu evoluție ciclică recidivantă, cu precizarea că, în formele bipolare, se inițiază tratamentul după al doilea episod, iar în formele unipolare după trei episoade.

Contraindicații:

- P.M.D. care beneficiază de tratament cu antidepresive
- P.M.D. cu durată mică a fazei acute.
- Comitabilitate
- Afecțiuni hepatice-renale acute și cronice
- Afecțiuni cardiace
- Tulburări hidroelectrolitice
- Hipotireoidie
- Sarcină

Efecte secundare:

• psihice: astenie, somnolență, cefalee, tulburări presexuale și mestice, scăderea rezonanței afective, diminuarea inițiativei, a reactivității psihomotorii și emoționale, scăderea libidoului, intoleranța la alcool;

• neurologice: tremurături fine ale extremităților;

• somatice: creșterea marcată în greutate, greață, diaree, sete cu poliurie, retenția urinară, edem și leziuni renale, afectări cardio-vasculare (reducerea amplitudinii undei T), leucocitoză, aconez tranzitorie, căderea părului.

Intoxicația cu săruri de litiu poate apare în supradozări, regim deședat, diaree cu pierderea de Na, administrare de diuretice și tratament cortizonic, deshidratare. Simptomatologia intoxicației constă în scăderea ponderală, fibrilație musculară, mișcări anormale, hiperreactivitate, hipertensiune, crize convulsive, dizartrie, confuzie pînă la comă, tulburări de ritm cardiac. La apariția acestor semne se impune sistarea administrării.

Conduita terapeutică în cura de litiu

Sărurile de litiu utilizate în psihiatrie sînt acetatul, adipatul, aspartatul, carbonatul, citratul, gluconatul, glutamatul, oxetatul, sulfatul. Produsele cele mai utilizate sînt: carbonatul de litiu cp. 25-150 mg, 200, 300, 400, 500 mg și gluconatul de litiu. Absorbția și eliminarea este egală pentru toate sărurile de litiu: 1 mEq/litiu = 6,94 mg sare de litiu.

În general, cura de litiu se începe după remisiunea episodului acut. Dosele zilnice de litiu se administrează în raport de starea clinică și de titrul litemiei. În tratamentul accesului maniacal litemia eficientă este 0,8-1,5 mEq/l, iar în tratamentul profilactic 0,4-0,8 mEq/l.

Administrarea litiului în cure prelungite necesită monitorizare prin dozarea periodică a litemiei și adaptarea pasologiei în funcție de titrul litemiei, care se recoltează la 12 ore de la ultima priză de litiu. Controlul litemiei se face săptămânal, în prima lună de tratament, și apoi lunar.

Durata tratamentului cu litiu este în general prelungită, întrucât întreruperea administrării crește frecvența recăderilor. În aceste situații este necesar un bilanț anual al funcției renale (urea, clearance creatinină, sumăr urinar), hepatice (teste de disprezinemie, T.G.O., T.G.P.), cardice-vasculare (E.K.G.), tireidiene și echilibrului hidroelectrolitic (ionogramă), hematopetice (hemoleucogramă), E.H.G., V.S.H., examen de fund de ochi.

În raport cu datele prezentate, redăm sintetic principalele săruri de litiu folosite în psihiatrie.

D.C.I. Sinonime	Prezentare	Doză medie/ zi	Indicații	Efecte secundare
<u>Carbonat de litiu</u>	Hypnerex op.ret. 40mg-10,8mEq Li	Paseologie Psihose hiper- individa- timice bipela- lizată sub re, tratamen- centrul tul maniei, de- litemiei presiei, pre- (e, 6-1,4 filaria acce- mEq/l)	Psihose hiper- timice bipela- lizată sub re, tratamen- centrul tul maniei, de- litemiei presiei, pre- (e, 6-1,4 filaria acce- seler maniace- depressive	tremurături tulburări gastro-in- testinale, obeseală musculară, poliurie, sete, medi- ficări e.s.g., sa- gă sutirei diană sau mădăm. Diuretice- le cresc, acțiunea cardioteri- că și an- retorice să reduc eficiența litiului
	Lithiumcarbonat cp.150 mg=4,1 mEq Li, cp.450mg= 12,2mEq Li	În medie între 2-4 cp/zi.		
	Lithium carbenicum cp.250 mg=6,8 mEq Li			
	Neurelepsiă cp.300 mg=8,1 mEq Li			
	Quilnerm retard cp.450mg=12,2 mEq Li			
	Teralithe op.250mg= 6,8 mEq Li			
	Centemmel op.500mg			
<u>Acetat de litiu</u>	Quilnerm op.536mg= 8,1 mEq/ Li.	3 op.		
<u>Sulfat de litiu</u>	Lithiofer op.ret.660 mg=12 mEq Li	2 op. ret.		
	Lithium-Duriles op. 330 mg= 6 mEq Li	1-2cp. x 2/zi		
<u>Gluconat de li- tiu</u>	Lithium Oligesol sol.perlingual 60 ml.	2 ml x 2-6/zi		

	Lithium Oligesol f. i.m.perlingu- al 8,14mg/2 ml. Mikreplex Lithi- um sol.perlin- gual 8,14mg/2ml Neurelithium f. 15-20ml buvabil 5ml-4,96 în trei mEq Li, f.buvabil prise 10 ml-9,92 mEq Li	
<u>Oretat de litiu</u>	Lithiumeretat cp.150mg=4,833 mEq Li	2-3 cp.
<u>Aspartat de li- tiu</u>	Lithium-aspar- tat arj.500mg= 3,2 mEq Li	4-6 arj.
<u>Citrat de litiu</u>	Litarax op.564 mg= 6 mEq Li	3 cp.

B. TRATAMENTE BIOLOGICE SPECIALE

Metodele biologice speciale au fost introduse în tratamentul bolilor psihice la începutul secolului XX. Acestea prevechesc disoluția brutală și profundă a conștiinței până la starea comatoasă, urmată de reconstrucția acesteia cu efecte terapeutice. S-au folosit astfel piretoterapia specifică (malaria-terapia-Wagner von Jauregg, 1977) și ne-specifică, securi convulsivante medicamentoase (cardiazol-ven Meduna, 1936) ale căror indicații cunosc o restrângere din ce în ce mai mare sau au rămas de interes istoric. S-au menținut însă ca metode terapeutice eficiente electroterapia (Carletti și Bini, 1937) și insulinoterapia (Sakel, 1932) ale căror indicații s-au limitat prin descoperirea chimioterapiei.

I. ELECTROTHERAPIA (ELECTROȘOCUL, CONVULSIOTERAPIA) reprezintă o metodă terapeutică ce constă în producerea de crize convulsivante de tip epileptic declanșate de curent electric aplicat transcranial. Metoda a fost introdusă de Carletti și Bini (1937) și ulterior s-a perfecționat prin realizarea electroșocului controlat (prețiat) cu ajutorul marșetelor și curarizării (Bennet, 1941).

Indicația majoră a electroșocului este reprezentată de melancolia anxioasă cu risc suicidal, psihose delirante cronice, schizofrenia catatonică sau cu delir crenic, stările confuzionale.

Contraindicații: boli cardice-vasculare, pulmonare, osteo-articulare, infecțioase, afecțiuni organice cerebrale, decalificări, anemii severe; prudență la vîrsta înaintată.

Incidente și accidente: mecanice, cardio-vasculare, respiratorii, psihiatrice (stări confuzive-delirante, agnozii, amnezii). Riscul mortal este foarte redus.

Tratamentul cuprinde 6-8 gedințe, la 1-2 zile, putând fi prelun-
git.

II. INSULINOTERAPIA (cura Sakel, 1932) constă în injectarea de insulină în doze progresive pînă la apariția transpirațiilor abundente și tahicardie (gec. umed) sau pînă la obținerea comei hipoglicemice. Dosele comatogene variază în raport de pacient, fiind cuprinsă între 20-300 u. Coma are o durată de aproximativ 1 oră, după care se întrerupe prin injectarea i.v. de soluție hipertensivă de ser glucozat. Se prevează în general 5 come pe săptămînă în cură de 30-50 come.

Terapia insulinoică acționează prin inhibiția de protecție, a scorbii cerebrale la care se adaugă o acțiune de mobilizare vegetativă și dezintoxicare.

Indicația de selecție este schizofrenia la debut. Totuși, comparativ cu electroșocul, contraindicațiile și complicațiile sînt mai numeroase, riscul edemului cerebral și al comei prelungite este crescut, iar la ieșirea din comă este necesară o supraveghere prelungită datorită riscului recăderii în starea comatoasă, fapt pentru care folosirea metodei este mult mai restrînsă.

III. PSIHOCHIRURGIA debutează în anul 1936 prin efectuarea primei leucotomii prefrentale (dezaferentarea polilor anteriori ai lobilor prefrentali) în forme grave de schizofrenie cu agitație psihomotorie marcată și de lungă durată. Ulterior metoda este extinsă și perfecționată, dar electroterapia și apoi chimioterapia, precum și constatarea unor efecte secundare severe (crize epileptice, stări psihepatice, deteriorarea globală) reduc indicațiile clinice. Reconsiderarea tehnicii și locului intervenției, cît și a indicațiilor conduc la reevaluarea acestora, astfel încît schizofrenia nu mai este considerată ca indicație majoră, comunicîndu-se rezultatele bune în depresii de înveluș, stările anxioase de intensitate psihică sau nevroză obsesiv-fobică rezistentă la tratament. Tratamentul psihochirurgical rămîne ca o opțiune și speranță terapeutică în cazul epuizării și egării altor terapii antipsihice.

C. PSIHOTERAPIA este reprezentată de stabilirea unei relații speciale de comunicare (în special verbală), bazată pe teorii ale psihologiei normale, patologice și sociale, care pot fi utilizate în

scopul de a trata tulburări în etiologia cărora sînt presupuși a fi incriminați factori psihosociali. Comunicarea se adresează unui bolnav sau unor grupuri mici, avînd drept rezultat influențarea sistematică a acestora.

În sens mai larg, psihoterapia se referă la raporturile interindividuale sau de grup prin care se urmărește în mod explicit influențarea favorabilă pe cale ideo-afectivă a suferințelor psihice sau fizice.

Clasificările metodelor psihoterapice sînt numeroase, datorită numărului mare de tehnici, dar toate au la bază relația de comunicare și influențare a personalității. În consecință, vom prezenta sintetic principalele modalități de psihoterapie utilizate în clinica psihiatrică.

I. Psihoterapii individuale:

1. Dialectice
2. Terapii sugestive și hipnotice
3. Terapii comportamentale
4. Terapii ale creativității

II. Psihoterapii colective:

1. Terapii de grup
2. Psihodrama
3. Terapia familiei
4. Socioterapia

I. PSIHOTERAPII INDIVIDUALE

1. Dialectice:
 - a. Psihanaliza
 - b. Psihoterapie derivat din psihanaliză
 - c. Analiza existențială
 - d. Psihoterapia nondirectivă Rogers
 - e. Psihoterapii scurte
 - f. Logoterapii scurte

a. Psihanaliza - metodă psihoterapeutică elaborată de Sigmund Freud în anul 1905 - constă în investigarea istorică a evenimentelor existențiale ale pacientului în scopul conștientizării și transformării unor trăiri refulate, al redimensionării unor evenimente traumatogene în perspectiva unei personalități maturizate.

Psihologia psihoanalitică evidențiază trăirile psihotraumatizante și frustrante din prima copilărie, precum și evenimentele re-

fulate în înconștient, care tind în permanență să apară în câmpul conștiinței și care pot provoca tensiuni psihice. În psihologia psihanalitică se descriu trei nivele de structurare a psihicului în conștient, aflate într-o strînsă dinamică: Ego, Superego, Id.

Aplicarea acestei metode constă în asociațiile libere de idei, în exprimarea a tot ceea ce pacientul simte și gîndește, tot ceea ce apare în câmpul conștiinței, fără discriminare sau fără a exercita un control asupra verbalizării. Prin cura psihanalitică se urmărește creșterea toleranței la frustrare, îndepărtarea și renunțarea la atitudini autopunitive sau reacții regresive și integrarea relațională a subiectului. Indicațiile clasice ale psihanalizei sînt reprezentate de nevroză isterică, obsesivă sau anxioasă și indicații limitate în toxicomanii, perversiuni sexuale, tulburări de dinamică sexuală.

b. Psihoterapii derivate din psihanaliză

b₁. Psihoterapia lui Jung (analiza constructivă) este o metodă psihoterapeutică de inspirație psihanalitică bazată pe analiza visului, avînd drept scop integrarea personalității și completarea sistemului axiologic al individului. A fost elaborată de Jung în anul 1916 și este indicată în tulburări de integrare ale adolescentului și adultului, stări depresive psihogene.

b₂. Psihoterapia adleriană urmărește scopul de a găsi noi posibilități de adaptare a individului, prin înțelegerea de către terapeut a dificultăților psihologice ale acestuia și explicarea mecanismului eșecului suferit datorită complexelor de inferioritate. A fost elaborată de Adler în anul 1912 și este indicată în nevroze, tulburări de adaptare, T.D.S.

c. Analiza existențială (Daseinsanalyse) este o metodă psihoterapeutică de analiză a trăirilor și problematicii existenței prin descifrarea mesajului simbolic din biografia subiectului.

d. Psihoterapia nondirectivă Rogers - metodă prin care psihoterapeutul pune în evidență în prim plan atitudinile sale în relația cu pacientul și nu considerente teoretice sau tehnice deosebite. A fost introdusă de Rogers în anul 1951 și este indicată în tulburările nevrotice, tulburări de integrare și adaptare.

e. Psihoterapiile scurte sînt un grup de metode de inspirație psihanalitică avînd drept scop tratarea într-un timp scurt a subiectului aflat în criză, susținerea sa la un moment dat și nu

organizarea personalității. Aceste metode, printr-o intervenție minimă cu efect maxim, substituie psihoterapiile de lungă durată și sînt indicate în stări reactive sau situații de criză, punînd accentul pe vindecarea simptomatică și nu pe cea etiologică.

f. Logoterapia Frankl este o metodă psihoterapeutică avînd drept scop lărgirea câmpului axiologic, creșterea capacității opțional-decizionale a subiectului. Este indicată în nevroze, obsesii și fobii.

2. Terapii sugestive și hipnetice: a. Hipnoza

- b. Sugestia armată (preterapeutică)
- c. Reveria dirijată
- d. Psihoterapii de relaxare.
- e. Biofeedback
- f. Subnarcoza barbiturică

a. Hipnoza reprezintă o stare deosebită cu scădere a vigilenței și sugestibilitate crescută, în care contactul cu psihoterapeutul este deosebit de puternic.

Este cea mai veche metodă psihoterapeutică, fiind descrisă încă în scrierile sumeriene cu șase milenii în urmă, iar tehnicile Yoga sînt primele care introduc metode autohipnetice. Ulterior, Mesmer (1734-1815), Charcot și școala de la Nancy contribuie la fundamentarea mecanismelor hipnetice. Din punct de vedere neurofiziologic hipnoza este considerată ca o stare de inhibiție corticală în care se reduce capacitatea de percepție a lumii exterioare cu excepția legăturii în sens unic cu hipnotizorul. Psihanaliza consideră că în hipnoză intervin aceleași mecanisme ca în regresii, dar în mod brusc și brutal prin acțiunea specifică a terapeutului.

Tehnicile terapeutice se diferențiază în sugestiile hipnetice prin care se sugerează idei, sentimente și conduite, hipnoză fracționată, în care pe fundalul unei stări hipnoide realizată prin autohipnoză se folosesc comenzi axate pe acușele subiectului în scopul detașării acestuia de simptom, hipnoanaliză, care încearcă analiza relației hipnetice și lichidarea transferului prin trecerea la o psihoterapie obișnuită.

Tehnicile de realizare a hipnozei sînt diferite, ele declanșînd tranga care este acompaniată de amnezie lacunară, distorsiunea

timpului și fenomene psihologice deosebite de viață obișnuită a subiectului. Obținerea și eficiența hipnozei sînt condiționate de receptivitatea individuală și particularitățile tulburărilor psihice, fapt care limitează siguranța și regularitatea aplicării. Valearea terapeutică a sugestiei hipnetice nu este superioară psihoterapiei în stare de veghe, putînd constitui un factor de exaltare a revendicativității structurilor paraneice sau de creștere a anxietății, în cazul pacienților depresivi.

Indicațiile hipnozei, deși controversate, sînt reprezentate de tulburările funcționale de organ, stări de angoasă, nevroză isterică, neurastenii, ticuri, balbisme, crampe profesionale, toxicomanii, dureri cronice, însemnii rebeli, tulburări de apetit alimentar, anxietate sau febră.

b. Sugestia armată (pretreptica) este o metodă psihoterapeutică sugestivă realizată în stare de veghe, prin asocierea unor mijloace fizice-pedagogice, care a fost denumită pretreptică de către Kretschmer în anul 1949. Cuprinde ansamblul mijloacelor verbale și fizice, care pot exercita o puternică influență asupra bolnavului aflat într-o stare „de apărare” nevrotică. Mijloacele fizice pot fi curenții faradici, injecții subcutanate, iar medicul va folosi sugestia verbală ținută pe simptomatologia pacientului care este asigurat de eficiența spectaculoasă a tratamentului în ciuda caracterului durerilor sau desagreabil. Se vor sugera rezultate favorabile obținute în situații asemănătoare, indicîndu-se „momentul” cînd simptomul „trebuie” să cedeze și se vor aprecia sugestiv progresele obținute. Tratamentul simptomatic pretreptic se poate continua cu alte metode psihoterapice. Este indicat în tulburări de natură isterică („mutism”, „afonie”, „erbire”, „ambliopie”, „surditate”, „hipoacuzie”, „paraze”, „paralizii”, „astazeabazii”), precum și în tulburări funcționale cauzate după unele leziuni organice.

c. Reveria dirijată ESTE o metodă psihoterapeutică derivată din hipnoză, care, prin antrenament terapeutic de stimulare a forței imaginativ-mnestice, oferă pacientului o imagine a atitudinilor și sentimentelor sale pînă atunci necunoscute. Pacientul este supus unor reverii dirijate de către psihoterapeut. Faza de „vis treaz” este urmată de gedințe de analiză în care se conștientizează sistematic materialul inconștient prezentat. Metoda a fost descrisă de R. Desseille în anul 1925 și este indicată în stări nevrotice,

boli psihosomatice, TDS, precum și în tulburări de comportament la adolescență.

d. Psihoteerapii de relaxare reprezintă tehnici bazate pe efectul produs asupra tonusului muscular, care vizează relaxarea acestuia, provocînd reacții la nivelul întregii personalități, prin modificări la nivel afectiv și profesionale. Se diferențiază următoarele metode de relaxare: d₁. Metoda Schultz (training autogen) d₂. Metoda Jacobsen

d₁. Metoda Schultz (relaxarea autohipnotică conștientă sau training autogen) se bazează pe o serie de exerciții succesive fiziologice și raționale prin care se îndoaie o deconcentrare generală a organismului, punînd în joc sistemul muscular, vascular, respirator, abdominal. Este indicată în tulburări psihosomatice, nevroze motorii, stări anxioase. Se poate practica și în grup.

d₂. Metoda Jacobson (relaxarea progresivă musculară) se bazează pe o serie de exerciții efectuate sub îndrumarea medicului, care favorizează alternarea stărilor de tensiune și relaxare, după un model pedagogic. Succesiunea lor pernește de la brațe către respirație, apoi relaxarea frunții, ochilor, organelor fonatorii.

d₃. Alte metode de relaxare:

- procedeul Mitchell (relaxarea fiziologică pasivă)
- procedeul Coué (relaxare și restructurare morală prin autosugestie persuasivă)
- procedeul Kretschmer
- procedeul Alexander
- procedeul Ajuriaguerra
- procedeul Clotz

Sînt indicate în tulburări psihosomatice, stări anxioase, neurastenii, stări de suprasolicitare.

e. Biofeedback este o metodă de autocontrol și/sau relaxare bazată pe înregistrarea unor fenomene fiziologice involuntare și transformarea lor în semnale perceptibile, în scopul de a fi folosite ca indicatori ai stării de relaxare și de evidențiere a autocontrolului.

Biofeedback-ul este un principiu general în psihofiziologie. Un individ plasat în anumite circumstanțe va emite răspunsuri a căror frecvență și intensitate vor crește sau vor scădea, în func-

ție de consecințele lor pozitive sau negative și multe (condiționare operantă). Miller (1970) a pus în evidență posibilitatea de condiționare operantă a SNV și musculaturii metode. Astfel se poate realiza controlul eficient al unor funcții ca vasodilatația, ritmul cardiac, ritmurile electrice cerebrale, TA, contracțiile stomacului etc. Scopul metodei constă în perosperarea conștientă de către subiect a activității sale fiziologice, trecerea acesteia sub controlul voinței și transferul acestuia control asupra unor simptome în afara situației terapeutice.

f. Subnarcosa barbiturică este o metodă derivată din hipnoză în care aceasta se realizează cu ajutorul unei substanțe barbiturice cu acțiune de scurtă durată. Constă în determinarea unui proces de catharsis realizat prin modificarea stării de conștiință. Administrarea substanței barbiturice aduce subiectul la limita dintre vis și vigilență favorizând procesul de abreactie. Starea de relaxare și euforie facilitează sugestia terapeutică și persuasiunea realizându-se influențarea directă a elementelor patoplastice. Se pot diferenția 2 metode:

f₁. Narcoanaliza - se realizează prin injectarea i.v. de un tal sedic sau pentetol, obținându-se o stare hipnagogică (de trecere de la veghe la somn). Astfel se produce o permeabilizare afectivă, tendință la logoree și derivanța de conștientizare între medic și pacient, realizându-se un dialog a cărui calitate depinde atât de tehnica procesului, cât și de calitățile terapeutului. Dialogul se desfășoară în scop terapeutic sau diagnostic, având o durată medie de 30 minute.

f₂. Subnarcosa amfetaminată - se realizează prin injectarea simultană i.v. a unei substanțe barbiturice și a unei amfetamine al cărei efect constă în stimularea psihică, trăirea intensă emoțională cu accelerarea ritmului ideativ și creșterea capacității de evocare.

Indicațiile acestor metode se diferențiază în:

• scop diagnostic: în mutisme, precizarea etiologiei unor stări depresive (reactive sau endogene), explorarea psihismului schizofrenic;

• scop terapeutic: infunție de datele obținute prin catharsisul pacientului în primele gânduri de diagnostic se elaborează în gândurile următoare, sugestia terapeutică se indică în stările

anxioase, nevrozele obsesivo-fobice, stările reactive, inhibițiile sexuale.

3. Terapii comportamentale:
- Inhibiția reciprocă.
 - Inhibiția condiționată
 - Aversiunea condiționată
 - Decondiționarea progresivă
 - Imersia sau inundarea

Terapiile comportamentale sînt metode psihoterapice ce au la bază principiul condiționării și învățării, în scopul modificării comportamentelor neadecvate prin eliminarea unor atitudini nocive și înlocuirea lor cu comportamente corespunzătoare. Sub denumirea de psihoterapie comportamentală, ai căror promotori sînt Skinner, Linsley, Dollard, Wolpe, Eysenck, sînt reunite diferite metode și proceduri psihologice „similia similibus curantur” izvorîte din orientările behavioriste (Watson) și pavleviste, prin aplicarea graduală a principiilor desensibilizării, aversiunii corectoare și condiționării operante față de stimuli anxiogeni sau pulsioni nocive. Astfel metodele psihoterapice contemporane în care se intersectează școli și curente diferite de orientare psihanalistă, existențialistă sau psihofiziologică.

4. Terapii ale creativității:
- Ergoterapia
 - Artterapia
 - Meloterapia

În cadrul general al psihoterapiei se diferențiază metodele care vizează deșteptarea, orientarea și dezvoltarea interesului bolnavului pentru activitate, cuprinse sub denumirea de TERAPIE OCUPAȚIONALĂ, al cărei scop constă în efortul lor de adaptare și reintegrare socială realizat de psihoterapia integratoare.

a. Ergoterapia se raportează la semnificația intrinsecă a muncii inclusiv remunerarea ei echitabilă, prin care se urmărește realizarea de noi relații umane, readaptarea și reintegrarea socială.

Rolul terapeutic benefic al creativității organizate, al muncii, a fost remarcat de mult timp, dar primele încercări de sistematizare aparțin lui Simon și Pinel. Potențialul sanogenetic în procesul readaptării, neutralizarea tendințelor morbide și stimularea celor normale, ritmicizarea activității, revalorizarea și recăutarea unor aptitudini, reprezintă fundamentul teoretic și principiile ergo -

terapii, care lărgeste sfera preocupărilor utile, realizând progresul necesar în procesul reintegrării sociale. Activitățile ergoterapice necesită adevărate și raportarea la afecțiunea psihică, potențialul aptitudinal restant, înclinațiile și pregătirea pacientului. Activitatea de echipă (medic-psihiolog-instructor de ergoterapie) oferă posibilitatea unor contacte interumane complexe, care stabilizează evoluția bolii și redirecționează bolnavul către o activitate normală și utilă. Indicațiile ergoterapiei se referă îndeosebi la bolile psihice cu evoluție prelungită, care necesită spitalizări îndelungate (schizofrenii, parafrenie, epilepsie cu tulburări psihice, eligeofrenii, psihoze de involuție, demențe).

b. Artterapia - reprezintă un grupaj de metode psihoterapice în care rolul central în recuperare este deținut de creativitatea artistică. Aceste metode se bazează pe tendința firească de exprimare a individului prin creație, la care se adaugă efectul revalorizant și dinamica grupului. Astfel, orice mijloc de creație artistică poate deține un rol psihoterapeutic: expresia plastică, pictura, modelajul, sculptura, expresivitatea mimico-gestuală, creativitatea poetică, expresivitatea scenică, și dansul. În cursul ședințelor de psihoterapie se realizează scăderea stării de tensiune prin examinarea artistică, se stabilesc relații dinamice și se remediază atitudinea în cursul unor ședințe de interpretare a creației. Indicațiile arteterapiei sunt reprezentate de afecțiunile psihotice (schizofrenii, parafrenie), nevrotice și obsesive-fobice, tulburări psihosomatice.

c. Meleterapia este o metodă psihiatrică ce folosește acțiunea muzicii prin melodie, ritm, armonie și generarea unor stări emoționale intense, precum și prin atributele sale de deconectare și reconstrucție într-o ordine armonioasă a realității. Efectuarea ședințelor de meleterapia va avea în vedere preferințele subiectului, alegându-se muzica cea mai indicată, crearea unei ambianțe favorabile, observarea reacțiilor și analiza acestora. Indicațiile sunt reprezentate de afecțiunile psihosomatice, nevrozile, tulburările de personalitate, schizofreniile și stările postprocesuale, întîrzieri mintale.

II. PSIHOTERAPII COLECTIVE

1. Psihoterapii de grup:
 - a. Terapii de susținere
 - b. Terapii de orientare
 - c. Psihanaliza de grup

Psihoterapiile de grup sînt fundamentate pe principiile psihologiei dinamice și ale sociologiei, fiind metode psihoterapeutice prin care se stimulează și se folosesc interacțiunile ce apar la nivelul grupului, în scopul depășirii dificultăților emoționale și relaționale.

Terapiile de grup sînt inițiate de Pratt în anul 1905, în tratamentul bolnavilor sanatorizați pentru tuberculoză, iar ulterior sînt folosite îndeosebi în cazul psihanalizei sau în practica pedopsihiatriei. În continuare, se dezvoltă în cadrul psihologiei industriale, prin elaborarea tehnicilor psihosociologice a grupelor de evoluție.

2. Psihedrama (Merano) este o metodă psihoterapeutică de grup, în care personalitatea, relațiile interpersonale, conflictuale și emoțiile sînt investigate îndeosebi prin metode speciale dramatice. A fost concepută de J.L. Merano care precizează că psihedrama constă în modalitatea de explorare sau de tratare a unei persoane prin intermediul unui grup, adevărata terapie de grup constituind ceea ce Merano numește Sociodrama.

Utilitatea și scopul psihedramei constau în scăderea tensiunilor conflictuale, depășirea barierelor emoționale și a problemelor generate de acestea. Este indicată în patologia copilului și adolescenței, stările de anxietate, tendința de izolare, permițînd exprimarea unor derivate incoerente și degajarea de acestea. La adult se indică în nevroze și structuri labile de personalitate, deschizînd calea spre maturizarea personalității.

3. Psihoterapia familiei - se referă la metode psihoterapice care privesc familia, bolnavul psihic și relațiile intrafamiliale propriu-zise. După Ackermann, se disting următoarele tipuri: sfătuiră familială și conjugală; modificarea sistemelor de comunicare ale familiei; reorganizarea ierarhiei familiale; terapia vieții emoționale a familiei; terapii multifamiliale; terapia stărilor de criză familială; abordarea ecologică și terapia în rețea. Indicațiile sînt reprezentate de alcoolism, dizarmonii de personalitate, problemele familiale, ale adolescenților, familiile cu bolnavii psihici, îndeosebi schizofrenii.

4. Socioterapia reprezintă un ansamblu de proceduri diferite intra- și extraspitalicești, care au ca obiectiv ameliorarea be-

lîi psihice și reorganizarea vieții bolnavului cu ajutorul mediului firesc sau organizat artificial. Psihoterapia complexă de integrare socio-profesională și familială se poate realiza prin intermediul unei echipe complexe formată din psihiatru, psihologi și asistente sociale, care acționează în scopul readaptării handicapatului psihic, cercînd procedurile bioterapice și psihoterapice individuale cu indicația grupului integrator.

ELEMENTE DE PSIHIATRIE COMUNITARA

Psihiatria este o disciplină medicală care cercetează și acordă asistență bolnavului psihic, ea perseană aflată întotdeauna într-un mediu ambiant, față de care se dezvoltă relații de intercondiționare. Psihiatria comunitară, socio-psihiatria sau psihiatria socială, constituie o achiziție relativ recentă a medicinei sociale și se diferențiază de psihiatria clinică prin preocuparea de a cerceta și interveni medical asupra sistemului de relații într-o comunitate sau grup social, pentru a preveni starea de sănătate mintală acționînd, în același timp, asupra factorilor care pot provoca sau favoriza apariția unor boli sau tulburări psihice.

Psihiatria comunitară face parte integrantă din psihiatria și se dezvoltă ca o activitate de competență a acesteia, față de noile obiective ale stării de sănătate a populației. Ea corespunde concepției moderne în medicină despre unitatea dinamică dintre boală și bolnavul mintal și mediul său de ambianță sau de viață.

În mod general, se afirmă necesitatea de a analiza apariția bolilor psihice prin complexitatea factorilor mediului de viață, cercetîndu-se incidența, prevalența, răspîndirea cit și consecințele acestora asupra grupului comunitar. Interrelația dintre boală, bolnavul mintal ea perseană și grupul comunitar uman se face prin referință la structura ierarhizată de organizare a acestuia; biologică, demografică, sociolegică, psihologică și socio-culturală.

În același timp, în condițiile specifice existenței umane, sînt luate în cercetare relațiile sociolegice, cit și relațiile interumane în circuitul valorilor etice-morale, culturale și materiale.

Prin dezvoltarea și amplearea cercetărilor din ultimile decenii, s-a centurat tendința de a constitui din psihiatria comuni-

tară o specializare de competență în cadrul psihiatriei.

Cercetările interdisciplinare cît și acțiunile întreprinse s-au adresat unor aspecte cum ar fi:

- răspîndirea reală a bolilor psihice;
- necesitatea instituirii unei concepții unitare asupra sănătății mintale;

- relațiile dintre bolile psihice și patologia generală;
- influența variabilelor ecologice asupra sănătății mintale.

În prezent, psihiatria comunitară se dezvoltă prin existența unor trăsături distincte, care-i definesc obiectul de cercetare și acțiunea de intervenție medicală.

Psihiatria comunitară are drept scop clarificarea importanței factorilor comunitari din procesualitatea bolilor psihice, legătura dintre condițiile de viață și tulburările psihice, ca și influența vieții comunitare asupra tulburărilor psihice și emoționale. De asemenea, cercetează organizarea asistenței medicale, depistarea precoce a bolilor și calitatea îngrijirii medicale, ca și necesitatea cunoașterii morbidității și a dinamicii ei, în vederea planificării economice și sociale a măsurilor de prevenție, asistență și recuperare medicală.

De altfel, aceste aspecte sînt cuprinse și una din definițiile formulate de O.M.S. asupra psihiatriei comunitare, ca activitate ce cuprinde mijloacele de prevenire și tratament, capabilă să asigure unei persoane bunăstarea sănătății în condițiile existenței sale sociale.

Psihiatria comunitară folosește datele epidemiologiei psihiatrice și metodele de cercetare și investigație, aplicate fenomenelor psihopatologice clinice și în relația comunitară. Rezultatele cercetărilor servesc înțelegerii sau clasificării etiopatogeniei, manifestărilor psihopatologice, cît și orientării nosologice în psihiatrie. Aceste elemente sînt importante pentru stabilirea formelor de asistență medicală și a progresului în psihoprofilaxie.

Analiza epidemiologică cuprinde cercetarea a trei grupe de factori etiologici, a căror importanță este variabilă în raport cu natura imbolnăvirilor și anume:

1. factorii ce instituie imbolnăvirile fizice, chimice sau biologice;

2. mediul fizic, biologic sau comunitar;

3. factori organici (genetici și constituționali).

Epidemiologia este studiul răspîndirii imbolnăvirilor în „spațiu și timp”, în cadrul populației, precum și al factorilor care acționează asupra acestei răspîndiri. Aplicată în psihiatrie, ea urmărește următoarele feluri:

1. aprecierea răspîndirii diferitelor tulburări psihice în populație, ceea ce ar servi ca bază pentru profilaxia, tratamentul și lupta împotriva acestor boli.

2. descoperirea dependenței imbolnăvirilor de particularitățile populației, ceea ce ar putea lămuri apariția tulburărilor psihice.

3. verificarea ipotezelor etiologice, obținute ca rezultat al cercetărilor de laborator și clinice.

4. aprecierea timpului vindecărilor spontane, pentru a evalua eficacitatea măsurilor terapeutice și profilactice.

Cercetarea epidemiologică este utilă în situația bolilor a căror etiologie este în prezent greu de elucidat clinic și prin metode de laborator.

Se pot cita cîteva probleme mari în care cercetarea epidemiologică, intervine activ. Acestea sînt:

- factorii genetici, prin studiul gemenilor și al familiei;
- factorii somatici;
- factorii comunitari și cei care acționează la producerea și evoluția tulburărilor psihice.

Studiul familiei permite a se stabili mai precis influențele ereditare sau cele dobîndite, asupra dezvoltării psihice.

Epidemiologia psihiatrică folosește concepte a căror definire este precisă.

1. Indicele de morbiditate stabilește cazurile noi de imbolnăvire, la o anumită populație, într-un timp determinat. Calitatea acestui indice exprimă capacitatea de echilibru față de forțele biologice ale naturii, cît și față de factorii culturali și psihologici care influențează apariția bolilor psihice. Stabilirea corectă a acestui indice este dificilă, întrucît luarea în evidență a cazurilor noi de boală se realizează uneori pe o perioadă mai lungă de timp față de debutul real al bolii.

2. Prevalența, starea de morbiditate, reprezintă numărul ca-

surilor de îmbolnăvire la o populație determinată, într-o perioadă limitată de timp. Mărima răspîndirii depinde de numărul primelor îmbolnăviri, de vindecări și recidive și de mortalitatea proceselor de boală. Calitatea acestui indice rezultă din analiza cazurilor luate în evidența rețelei de asistență medicală. Există totuși numeroase cazuri ce scapă evidenței statistice. Proporția reală de îmbolnăviri ar deci constitui din suma cazurilor luate în evidență și a celor încă neidentificate statistic.

S-a remarcat, pe baza unor date obiective, lipsa de semnificație reală a indicelui de răspîndire atunci cînd el este utilizat la compararea diverselor grupe de populație, fără a adînci răspîndirea bolilor psihice pe grupe de vîrstă, sex, stare socială sau alte condiții de existență socială.

3. Indicele de îmbolnăvire probabilă stabilește frecvența de cazuri ce vor necesita asistență psihiatrică pe durata vieții. Acest indice este evaluat ca fiind 1:10, ceea ce reprezintă probabilitatea ca una din zece persoane, pe parcursul vieții, să necesite asistență psihiatrică.

Pentru stabilirea indicilor enumerați, sînt folosite mai multe metode:

1. analiza internărilor în spitalul de psihiatrie, metodă parțială, întrucît omite cazurile ce nu solicită asistență în spital.

Metoda este posibilă de erori prin dificultatea aprecierii retrospective a unor factori ca: schimbările în împărțirea administrativă a populației, factorii economici și culturali ce condiționează internarea în spitalul de psihiatrie, situații ocazionale survenite în profilul social al unei populații. Analiza internărilor în spital oferă o orientare, dar nu poate servi singular unei cercetări epidemiologice.

2. metoda inventarierii oferă posibilitatea cunoașterii mai corecte a prevalenței reale de îmbolnăviri psihice într-o populație. Ea se poate desfășura sub forma anchetei adresate unei colectivități, dar devine precisă numai prin contactul personal al cercetătorului cu întreaga populație. Utilizarea combinată a acestor procedee, permite abordarea metodică chiar a grupelor mari de populație.

Încercarea de a limita un nucleu al populației, considerat reprezentativ pentru o zonă geografică mai întinsă, a dus la resul-

te surprinzătoare, proporția morbidității și a răspîndirii bolilor psihice reieșind uneori de cîteva ori mai mare decît era cunoscută pînă atunci la întreaga populație.

3. metoda KLEMPERER constă în alegerea întâmplătoare a lezei perșane născute pe un parcurs de 10 ani, stabilindu-se apoi cîte din acestea au făcut în cursul vieții tulburări psihice.

Deci, în epidemiologia psihiatriei, metodele cele mai folosite sînt:

- Statisticile de morbiditate din serviciile cu spital sau cele ambulatorii

- Anchetele epidemiologice care pot fi studii transversale (prin sondaj al întregii populații, exhaustive pe grupuri populaționale, eșantion de populație aleasă) sau studii longitudinale (urmăresc evoluția de viitor a unui număr reprezentativ de cazuri).

Enumerarea acestor metode confirmă caracterul complex al cercetărilor de psihiatrie socială, prin tendința de a evalua în grupe de populație aspectele clinice-sociale ce depășesc posibilitățile de cunoaștere și acțiune ale Psihiatriei generale.

EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE PSIHICE

Una din laturile importante ale asistenței medico-sociale este asigurarea posibilităților de afirmare optimă a capacității productive, ca expresie a reglementării raportului dintre individ și societate. Caracterul de dezvoltare nou, tehnică și științifică, a producției din societatea contemporană, ca și extinderea sub raport demografic a populației angajate într-un sistem reglementat al producției de bunuri materiale și spirituale, stabilește o corelare strînsă între comportament și randamentul său social. Așa-zestă corelație are funcție de direcționare dinamică a unor instituții, cum sînt școala, familia, sistemele de educație colectivă sau formele speciale de asistență medico-socială a populației privind prezentarea randamentului productiv în raport de vîrstă, prețul muncii și starea de sănătate. Boala psihică deține, din acest punct de vedere, o situație bine precizată. Prin tipurile de comportament aberant pe care le generează, ea este incompatibilă cu exigențele concrete ale muncii și cu sistemul de relații interpersonale ce se dezvoltă în cursul ei. Evaluarea, sub acest aspect, a posibilităților de afirmare prin atitudinile exprimate în randamen-

tul productiv, se face în cadrul asistenței curativ-profilactice a populației, prin diverse modalități organizate, dintre care cea mai importantă este expertiza capacității de muncă în comportamentul abert daterătm belii psihice.

Incadrându-se în principiile medico-sociale generale de prezervare a sănătății populației, expertiza capacității de muncă pentru bolnavii psihici urmărește asigurarea posibilităților de efectuare a unei activități productive care să favorizeze ameliorarea bolii și să împiedice cronicizarea ei, iar în cazul stabilirii unui deficit psihic, să permită o cât mai utilă recuperare socială.

În îmbolnăvirile psihice, alterarea capacității de muncă exprimă unul din aspectele clinice dominante. Astfel, uneori suferă rezistența față de efortul muncii (psihonevroze, stări psihotice limită sau reziduale); altele suferă capacitatea de a câștiga stereotipuri dinamice (eligoferenii); sau se produce perturbarea capacității de a felesi în mod organizat expertiza câștigată (psihoze acute și de - mente).

În cazul psihezelor, bolnavii pot presta efortul fiziologic dar nu mai au capacitatea înțelegerii logice a muncii și a raper- turilor ei sociale. Întrucât la acești bolnavi este perturbată auto- conducția critică, ei necesită protecție socială și tratament ceres- punzător, în care se integrează și diversele posibilități de orienta- re productivă sub supravegherea medicală (ergoterapie).

Asistența curativă-profilactică în psihiatrie își lărgeste limitele prin necesitatea unei confruntări permanente cu exigen- țele diferitelor profesii, în raport cu starea psihică a bolnavului, activitatea productivă fiind o caracteristică a mediului social, și o premisă a sănătății. În consecință, concluziile expertizei capi- cității de muncă pentru bolnavul psihic, obligă la o deosebită a- tenție, când urmează să-l priveze de activitatea care, până la instala- rea procesului morbid, a fost conformă cu derințelă sale.

Aprecierea gradului de incapacitate se face prin următoarele elemente:

- Stabilirea diagnosticului funcțional pe baza investigațiilor clinice complexe;

- Identificarea și verificarea semnificației acuzelor subiective;

- Aprecierea funcțiilor integre, concomitent cu cele altera-

te, în scopul obținerii unei compensări a defectelor psihice printr-o activitate corespunzătoare;

- Analiza stării clinice în raport de deficitale activității profesionale, cu aprecierea influenței ei o exercită tulburările psi- hice asupra activității prestate, cât și influența muncii asupra di- namicii acestor tulburări.

Metodele de studiu pe care le utilizează practica experti- zei capacității de muncă în bolile psihice, pentru stabilirea diag- nosticului funcțional sînt: anamneza obiectivă privind debutul be- lii și desfășurarea muncii productive; examenul psihiatric complex (clinic și de laborator) din care să rezulte stadiul diferitelor perturbări în raport cu particularitățile muncii productive.

Întrucât prognosticul bolii nu depinde numai de factorii biologici, dar și de varietatea factorilor relaționali, în măsura în care aceștia se pot compensa între ei, rezultă necesitatea de a eava- lua, pe lângă factorii patogeni fundamentali, și celelalte elemente ne- gative care predispun la boală.

Criteriile de orientare a expertizei capacității de muncă în bolile psihice sînt:

1. Analiza tipului și stadiului de evoluție al bolii (studiul dinamicii îmbolnăvirii în timp);

2. Analiza structurii și gradului de compensare a defectului psihic rezidual stabilizat după un proces acut, sau în cursul unei remisiuni temporare.

Prin analiza dinamicii în timp, se diferențiază îmbolnăvirile psihice reversibile (fazele circulare și periodice ale procesu- lui morbid) de cele care pot duce la un defect stabil al comporta- mentului. Evoluția tulburărilor de comportament poate fi progresivă, remitentă sau regresivă, iar stadiul bolii poate fi surprins de ex- pertiză în momentul prodromal, în stadiile de evoluție clinică mani- festă, în curs de cronicizare sau de remisiune clinică, cu defect mai mult sau mai puțin manifest.

În raport cu tipul și stadiul de evoluție al îmbolnăvirilor psihice, putem stabili dacă incapacitatea de muncă este parțială, tem- perară sau dacă constituie o invaliditate de durată. Invaliditatea se însoarează după gravitate în următoarele grade:

Gradul I - pierderea capacității de muncă și de autoservire, cu necesitatea unei ajuterări permanente din partea unei persoane

valide;

Gradul 2= pierderea capacității de muncă cu păstrarea capacității de autoservire;

Gradul 3= reducerea capacității de muncă.

După încadrarea bolnavului psihic în gradul corespunzător de invaliditate, comisia de expertiză a capacității de muncă stabilește și formele de muncă și de igienă profesională care să poată duce la recuperarea bolnavului. În consecință, diagnosticul funcțional psihiatric trebuie să precizeze caracterul evoluției și ritmul dezvoltării procesului morbid, și eventuala sa reversibilitate.

Relevanța criteriilor amintite în legătură cu formularea diagnosticului solicită, în primul rând, diferențierea formelor clinice de boală și stadiul lor de evoluție. Astfel, în timpul perioadei de stare a unei îmbolnăviri psihice se poate diferenția (uneori în mod precoce) elementul defectiv ce se va contura apoi, după stingerea procesului activ, ca un factor predominant al tabloului clinic. În consecință, întrucât și acesta își are dinamica sa deosebit de importantă, este necesară lămurirea structurii defectului predominant, pentru prognosticul capacității de muncă.

Trăsăturile favorabile care se remarcă în epuizarea defectului psihic-comportarea critică a bolnavului și compensarea funcțiilor tulburate sau, dimpotrivă, dezvoltarea elementelor defective perasitare, orientează concluzia expertizei în stabilirea profilului de muncă cel mai util recuperării.

Possibilitățile plastice de restabilire a comportamentului, prin formarea de legături temperare utile și elaborarea de noi stereotipuri dinamice, se reflectă în gradul de compensare al tulburărilor psihice în procesul muncii. Readaptarea plastică se produce pe baza funcțiilor păstrate și în raport cu particularitățile individuale. Bolnavii psihici cu stări defectiv apărute în perioadele de compensare sînt, de obicei, capabili de o muncă cu anumite limitări privind durata și specificul ei. Cînd prezența deficitului exprimă modificări importante ale comportamentului (pierderea posibilității solicitate de profesia exercitată), se stabilește gradul de invaliditate, cu aprecierea capacității de adaptare într-o nouă activitate.

Perioada de compensare parțială, după epuizarea stadiului acut de boală, caracterizată prin labilitatea defectului și rezistența scăzută a bolnavului la condițiile anterioare de muncă, dau indici-

ciu asupra necesității aprecierii unei invalidități temperare, cu orientarea într-o activitate supravegheată și cu regim de muncă limitat. Bolnavii aflați în perioada de compensare parțială pot fi orientati în activități de muncă cu profil terapeutic, ca stadiu intermediar pînă la completa lor adaptare productivă.

Starea de decompensare psihică îl face pe bolnav incapabil pentru activitatea productivă și necesită un tratament corespunzător, fie prin dispensarizare, fie prin alte forme de asistență psihiatrică.

Decompensarea psihică poate fi temperară, prelungită sau continuă, datorită factorilor patogeni specifici unei forme nosologice, necivității anumitor profiluri de muncă, mediului de viață și caracteristicilor personalității bolnavului.

Stările de labilitate funcțională a comportamentului favorizează apariția reacțiilor psihogene în procesul muncii. În astfel de circumstanțe, concluziile expertizei trebuie să urmărească obligativitatea tratamentului în vederea restabilirii capacității de muncă la nivelul instaurării reacției psihogene.

Expertiza capacității de muncă necesită o strictă și atentă individualizare, în deosebi în cazul stărilor psihogene posttraumatice cu diversele lor aspecte de tip isteric procesiv, hipocendriac sau delirant. Sindroamele psihogene necesită o precisă diferențiere de formele clinice disociative, astene-hipocendriace sau depresiv-anxioase de natura nedeterminată, meninge-encefalitice sau involutive.

În evoluția procesului de compensare psihică, pot apare obstacole printr-o acutizare a procesului morbid, datorită existenței unor îmbolnăviri somatice concomitente (schizofrenia asociată cu t.b.c. pulmonar etc) sau prin caracterul combinat al deficitului fundamental cu alte sindroame accesorii (boala epileptică însoțită de sindromul neurastenic etc).

Medicul expert în problemele capacității de muncă rezolvă situațiile concrete ale fiecărui bolnav într-o strînsă colaborare cu psihiatrul din spital. Problemele de expertiză a capacității de muncă intră în preocuparea directă a psihiatrului, pentru care vindecarea clinică nu reprezintă decît o parte a procesului terapeutic, care se cere întregit prin restabilirea capacității de integrare la medul de viață și activitatea și redobîndirea capacității profesionale.

Formele cele mai răspîndite de tulburări ale comportamentului

le constituie stările nevretice reactive, secundare unor factori erogeni, boli somatice, suprasolicitări, toxii infecții. Aceste tulburări au de obicei un caracter trecător și nu duc la invaliditate. În cazul când sindromul psihogenetic are un caracter persistent, chiar după tratamente adecvate, punându-l pe bolnav în dificultate de a își îndeplini activitatea obișnuită, apare necesară acordarea invalidității temporare. Recomandarea unui alt profil de muncă își are valoarea terapeutică numai în măsura în care se pot elimina factorii patogeni ce întrețin starea de boală și nu trebuie făcută în mod mecanic, schimbarea locului de muncă constituind un efort de adaptare ce poate depăși posibilitatea unei compertări perturbate.

Incensecvența și abaterile față de exigențele unei profesii pot fi rezultatul unei dizarmenii a personalității de tip psihopatic. Munca sistematizată are o valoare terapeutică pentru acești bolnavi, dacă aceasta nu favorizează decompensarea defectului psihopatic. Astfel, irascibilității și overulenței vor fi feriți de contactul nemijlocit cu un colectiv de muncă sau cu o activitate de răspundere, iar labili afectivi trebuie feriți de responsabilități ce ar putea constitui pentru ei un factor permanent de anxietate.

Intoxicările etilice pot beneficia de recomandările expertizei numai în cazul când constituie un factor patogen direct în condițiile de muncă ale unei profesii. Incapacitatea de muncă în alcoolismul cronic este de obicei limitată la durata tratamentului în spital și este periodică la bolnavii cu acces de delirium. Psihezele alcoolice simptomatice de regulă nu duc la pierderea stabilă a capacității de muncă, decât în măsura persistenței tulburărilor psihice, a deficitului intelectual și a complicațiilor organice grave.

Alături de fermele nosologice psihiatrice la limită cu normalitatea, expertiza capacității de muncă are un rol deosebit de important în bolile mintale cu evoluție lent-progresivă de degradare a personalității. Din grupul acestor boli se diferențiază în primul rând encefalopatiile psihice post-infecțioase ca meningoencefalita sifilitică (P.G.P.) și sifilisul cerebral, sindroamele psihice posttraumatice, toxice sau cu etiologie încă insuficient clarificată (schizofrenii și boala epileptică) și psihzele provocate de procesele involutive cerebrale. Expertiza acestor ferme de imbolnăvire implică de asemenea orientarea de la caz la caz, în raport cu starea funcțională

și comportamentului.

Boala epileptică prezintă modalități extreme de variate în ceea ce privește plasarea bolnavului în câmpul muncii. Dacă epilepsia nu constituie întotdeauna o cauză propriu-zisă de invaliditate, caracterul repetat și neprevăzut al crizelor de pierdere a conștienței implică obligativitatea măsurilor protective, cu interzicerea profesiunilor în care munca se desfășoară în condiții de mecanizare sau de continuă vigilitate. Frecvența mică a crizelor convulsive, dar cu prezența particularităților psihice proprii epilepsiei (lentearea sau explozivitatea, sugestibilitatea, inerția reacțiilor afective) obligă în mod deosebit la stabilirea unei activități care să nu genereze situații agravante pentru evoluția bolii și stingheritoare pentru colectivul de muncă.

Psihezele epileptice caracterizate prin diminuarea capacității intelectuale, deficiența activității caracteriale manifestă, oit și frecvența mare a crizelor epileptice, determină invaliditatea.

În cazul psihozelor epileptice, compensarea defectului psihic este posibilă prin activitatea supravegheată și, în consecință, ergoterapia dirijată după particularitățile tabloului simptomatic constituie o indicație medico-socială majoră, ca în cazul celorlalte boli mintale cu evoluție cronică.

Dintre toate bolile psihice, în schizofrenie prognosticul capacității de muncă rămâne încă cel mai dificil de stabilit.

Dacă în perioada acută-indiferent de forma clinică-au poate fi vorba de capacitate profesională, bolnavul fiind în cursul unui tratament activ, în stadiul subacut sau de remisiune reactivitatea socială a bolnavului are o deosebită importanță în orientarea sa în muncă. Medul în care ideile delirante, halucinațiile, autismul, tulburările disociative influențează comportamentul bolnavului în viața practică și gradul în care acesta poate elabora o atitudine orientată față de boală, stabilesc conduita expertizei.

Dificultățile ce apar în obținerea remisiunii integrative sociale, în cazul tulburărilor psihice cu evoluție cronică, transpun problemele de expertiză a capacității de muncă în cele ale ergoterapiei, prin care posibilitatea de recuperare socială a bolnavului este puternic influențată.

Formele de integrare la viața comunitară își au specificul lor și în raport cu vîrsta bolnavului psihic.

În perioada formativă profesională (copii, adolescenți), tulburările psihice constituie o piedică în efectuarea procesului educativ-pedagogic, criteriu dominant în aprecierea gradului de gravitate al unei deficiențe. În perioada productivă a vârstei adulte, aprecierea gravității unei deficiențe psihice este reprezentată de capacitatea de muncă.

În perioada post-profesională a vârstei înaintate, criteriul de apreciere al defectului psihic, în ceea ce privește gradul de invaliditate, se face în baza posibilităților de autoservire.

Comisiile de expertiză a capacității de muncă sînt încadrate în unități curativo-profilactice ale rețelei de medicină generală și cuprind servicii teritoriale de expertiză și recuperare a capacității de muncă. Serviciile de expertiză au sarcina de a colabora cu medicii psihiatri din spital, policlinici și laboratorul de sănătate mintală pe tot timpul îngrijirii bolnavilor psihici ce pot ajunge la invaliditate și expertizează bolnavii cu afecțiuni de lungă durată sau vindecați clinic, pentru stabilirea formelor de muncă potrivit stării lor psihice. Recomandările privind regimul de muncă pot cuprinde următoarele forme de organizare:

- Condiții individuale speciale avînd un orar redus al efortului profesional și supraveghere medicală periodică;

- Regim de muncă obișnuit, într-o profesie de complexitate simplă decît cea exercitată pînă la îmbolnăvire;

- Încadrarea în muncă cu același regim de complexitate care corespunde sănătății invalidului, dar cu respectarea securității colectivului în care lucrează;

- 1. Unități economice special organizate pentru calificarea sau recalificarea deficiențelor.

Expertiza capacității de muncă în bolile psihice se încadrează în procesul general de ocrotire a sănătății publice, indicînd necesitatea organizării celor mai judicioase măsuri de psihoprofilaxie.

DELINQUENȚA PATOLOGICĂ ȘI EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ

PSIHIATRICA (PSIHIATRIE JUDICIARĂ)

Diagnosticul și prognoza comportamentului delicto-judiciar îl integrăm într-un concept mai cuprinzător, cel al asistenței psihiatrice.

Ca orice domeniu pluridisciplinar, asistența medico-legală psihiatrică rezultă din conjugarea funcțională de criterii și principii în mod dominant aparținente disciplinare ce o compun. Păsată, în zonă amplă de contact a preocupărilor despre sănătatea mentală a populației, problematica asistenței medico-legale psihiatrice cuprinde totalitatea informațiilor, despre starea procedurilor și formelor de asistență ale acesteia.

Distribuită între cele două direcții esențiale ale dreptului și medicinei, ea difuzează de fapt în ariile multidimensionale ale cercetării sociale și biologice, pentru a se integra apoi unitar în cercetarea reflectării subiective din motivația comportamentului unei persoane.

Prin atribuția de a opera cu criterii de diagnostic și prognoză, psihiatria medico-legală se constituie într-un domeniu de preocupare și activitate avînd ca obiect comportamentul uman în condiția sa individuală și de relație.

Aria generală de referințe care străbate caracteristic și dominant asistența medico-legală psihiatrică, este problematica comportamentului în ansamblul său individual și de relație, iar în raport de aceasta, analiza lui pentru situațiile precise enunțate de justiție.

Prin funcția lor teoretică și pragmatică dreptul, ca disciplină socială, și psihiatria, ca disciplină medicală, abordează problematica comportamentului sub laturi specifice de cercetare și acțiune.

Specificul rolului social al dreptului se realizează prin

modalități normative care reglementează conduita, compoziția și structura grupurilor sociale, a comunităților, a instituțiilor sau organizațiilor.

Psihiatria în latura sa medico-legală să realizează prin capacitatea competentă de a administra justiției răspunsuri probante și univoce, asociate unor modalități formative ca rezultat al acțiunilor de asistență și recuperare în conduite deviate, comportamente aberante și relații interpersonale psihopatologice.

Modalitățile normative prin care se realizează funcțiile dreptului și cele predominant formative prin care se realizează funcțiile asistenței medico-legale psihiatrice, se adresează fenomenului antisocial de inadaptare la norme de conduită. Faptul antisocial, ca rezultat al actului de conduită al unei persoane, este contrar unei norme de conduită, indiferent de natura acesteia, dar prin care se interzice, se ordonă sau este permisă în anumite limite o acțiune sau abținere de la o acțiune (acțiune efectorie sau non efectorie).

În aprecierea faptului antisocial și al ilicitului, juridic, operează preponderent criteriul sociologic. Astfel, față de școala clasică de criminologie care opera cu premisa acțiunii de liber arbitru în ce privește comportamentul unei persoane, criminologia modernă insistă asupra factorului subiectiv al delinvenței. Pe această cale se exprimă în cercetarea comportamentului subiectivarea relațiilor primare ale existenței motivate prin intercondiționarea și ierarhizarea factorilor genetici și ecologici. Ca ramură a sociologiei, criminologia generalizează studiul factorilor motivaționali și descoperă circumstanțele concrete care se exprimă conținutul delinvenței, în limite determinate de timp și spațiu istoric.

În psihiatria medico-legală cercetarea comportamentului se subordonează unui concept integrativ, medico-psihologic și socio-cultural ca modalitate de identificare a relațiilor dintre transferențele de stare a condiției subiective individuale a conștiinței și manifestările la situații concrete de adaptare.

Criteriul medical integrativ, pentru care pledăm în elaborarea diagnosticului, nu este furnizat de semnificația ce o deține comportamentul și funcția sa de adaptare pentru condiția existențială a personalității.

Analiza nivelurilor de explorare a tradiționalelor funcții psihiatrice în cursul unei expertize psihiatrice, fără a le stabili relația cu conținutul comportamentului, rămâne unilaterală, neconcludentă.

tă.

Mutația de la tentativa înțelegerii nedisjuncte a ceea ce se petrece în subiectivitatea eului sau universul conștiinței neperceptibile și activitatea concretă a atitudinii, conduitelor sau comportamentului se poate postula prin teoria generală a sistemelor și cibernetică, ca modalitate de gen proxim și diferență specifică la teoriile asupra personalității și comportamentului. În sensul sistemului informațional, persoana, ca structură funcțională distinctă, devine un sistem complex, prin atributele sale definitorii, este un sistem deschis, având capacitatea de adaptare ecologică pentru păstrarea existenței:

- este un sistem autoreglabil și autoorganizat - prin potențialul de optimizare a structurii funcționale în cursul adaptării;

- este un sistem probabilistic prin gradul de complexitate în care relația cauză-efect departe de a fi univocă este mediată de factori aleatori ai unei mulțimi de probabilități;

- este un sistem activ prin care răspunsurile la stările sale de necesitate sînt directe, necondiționate, și sistematic organizate în direcția realizării lor viitoare.

Ca structură operațională, activitatea psihică a persoanei, cu nivelele sale de conștiință instituie o legătură funcțională și dinamică cu expresia sa de realizare prin comportament.

În psihiatria medico-legală semiologia comportamentului se formulează prin criteriul fenomenologic al diagnosticului și acest fapt descinde încă din resursele tradiționale ale medicinei hipocratice. În medicină a stabili diagnosticul a semnatificat întotdeauna a identifica boala prin semnele sale, iar astăzi adăugăm prin semnele clinice și de laborator.

Criteriul fenomenologic ca premisă a diagnosticului în psihiatria medico-legală include elemente a căror ignorare sau greșit utilizate duc la eroare și concluzii care frîng competența expertizei, cu efecte negative asupra spiritului de echitate al justiției.

Astfel, observația de distribuție asupra unei arii semiologice furnizate direct de persoana examinată, oînt și informațiile asupra elementelor constitutive ale delinvenței reprezintă două secvențe ale comportamentului persoanei expertizate care se ordonează critic în identificarea tipologică a structurii psihice prin raporturile sale aferente, eferente și de conexiune inversă. Prin raportul

aferent se identifică capacitatea de recepționare și prelucrare (de stocaj și codare) a informațiilor despre o acțiune, în funcție de disponibilități și consecințe estimate prin compararea alternativelor și optarea uneia decizii.

Raportul aferent face identificabilă capacitatea de evocare a schemelor efectorii corespondente obiectivului sau eficienței unei acțiuni particulare. În conexiunea inversă se realizează influența execuției, a actului efector, asupra comenzii, a deciziei aplicate. Constatăm deci, prin criteriul fenomenologic un ansamblu de valori definite pentru un moment dat și de transformări către o altă stare de valori.

Ele evidențiază într-o cercetare analitică a fenomenologiei comportamentului, distribuții și așa denumitul „spațiu al stărilor” care exprimă transformările energetico-informaționale ale sistemului neuronal și care în succesiunea lor se direcționează către starea cea mai probabilă. La această direcționare motivată biologic, fiziologic sau la alt nivel, se manifestă tendința sau competența antientropică, în forma sa cea mai complexă, de tip psihic. Mecanismele acestor reglări pot exprima forme relativ specifice psihopatologice, întrucât boala mentală, prin pierderea ritmului funcțional al structurii anulează sau perturbă funcțiile adaptative în mod preponderent, în forma capacității de integrare la relațiile de grup.

Avansul prin observația și analiza informațiilor semiologice privind comportamentul, orientează dezvoltarea diagnosticului către legătura structural funcțională a comportamentului, către studiul personalității.

Conceptia medicală integrativă ca element inițial și criteriu al diagnosticului, ajunge prin analiza fenomenologică a comportamentului la identitatea personalității prin criterii antropologice.

Atributul de unitate și integritate al personalității nu poate fi realizat prin enumerarea componentelor biologice, psihologice sau sociale. Personalitatea ca dimensiune supraordonată cu funcție integrativ-adaptativă se delimitează printr-un nivel de abstractizare, ierarhică organizare, cu funcție de bilaterală comunicare și grad de relativă independență față de componentele sale. Analiza structurii interne se îmbină cu cea ontologică și concret istorică, fără să poată fi redusă la elementele energetice sau informaționale. Dacă noțiunea de individ assemblează determinarea biologică, cea de personalitate realizează determinanța multiconditiona-

lă socială.

Coeфициentul de personalitate se apreciază prin capacitatea de instrumentare social istorică a comportamentului cu desemnare de sens categorial al situațiilor corespondența unor motivații proprii, într-un ansamblu de norme și valori elaborate și sancționate de societate.

Elaborarea diagnosticului în baza criteriilor antropologice presupune competență profesională prin însușirea ordonanțelor logice și practice ale asistenței medico-legale psihiatrice. De la acest nivel și în mod specific se instituie criteriile criminologice ale diagnosticului în scopul de a dezvălui conținutul poli-sorful al delinvenței și de a da o interpretare unitară patologiei delicto-judiciare a comportamentului.

Tendința criminologiei moderne se distribuie în complexe investigații medico-psihologice și social-juridice. În același timp proiectează acțiunile de prevenire și de comutare în sens social util al personalității delinvențului.

Criteriile criminologice sînt premisa elaborării diagnosticului în psihiatria medico-legală, prin etapele elaborării sale de vin concludive și capabile să, proiecteze prognoza lui.

Istoria stabilirii diagnosticului a cunoscut probabil etape succesive de precizie în raport de teoria și progresul practicei medicale. Competența recunoașterii simptomelor, a cercetării cauzelor, a tratamentului și prognosticului bolii au stat în mod evident sub dependența evoluției progresului de doctrină și tehnică medicală. Dezvoltarea prestigioasă, de la posibilitățile de investigație și pînă la utilizarea ordinatorului în diagnostic, este fără îndoială latura spectaculoasă a unui uriaș progres. Ea poate duce la revizuirea unor concepții teoretice în medicină la un alt grad de precizie, dar nu se poate substitui valoric raționamentul medical. Disponibilitatea în mijloacele de precizie pentru elaborarea diagnosticului, pe lîngă incontestabilul beneficiu, pet duce la erori de raționament prin biologizare, psihologizare sau chiar socializare, privind interpretarea datelor obținute pe calea investigațiilor, evident în dauna ideii juridice de responsabilitate la care concoură concluzia expertizei medico-legale psihiatrice.

Direcționarea atitudinii de recuperare în cadrul asistenței medico-legale psihiatrice pornește de la diagnosticul stabilit prin criteriile sale complexe de elaborare.

Această direcționare face parte integrantă din raționamentul medical cu valoare de prognoză. După o definiție, prognoza este un grad de certitudine relativ ridicat.

Pentru asistența medico-legală psihiatrică ea decurge din necesitatea îmbunătățirii concordanței dintre starea morbidității prin patologii delicto-judiciară și modalitățile de promovare a sanogenezei. Și în cadrul acestor ordonate generale prognoza constituie un stimulent al actului de intervenție medicală strict individualizat. În prognoza de la cazul general la cel particular se stabilesc diferențe prin capacitatea, de evaluare a calității de ansamblu.

În cercetarea medicală a patologiei delicto-judiciare criteriile diagnosticului sînt corelate cu cele ale prognozei.

În raport cu gradul de precizie al diagnosticului dependent de complexa utilizare a criteriilor sale de elaborare, se evaluează cu probabilitate stările posibile în viitor. Evaluarea probabilă se face prin folosirea unor criterii multirelaționale și ea are șansa unei creșteri în precizie în raport de mulțimea a informațiilor noi cîștigate într-o cercetare continuă.

Criteriile de prognoză pot fi medicale, interesînd persoana investigată, sau sociale, demografice, cînd prospectează situațiile de grup și relațiile lor.

Într-un anumit grad între diagnostic și prognoză există un raport care stabilește indicii de competență și responsabilitate medicală, din care rezultă și opțiunea de conștință perfectare a prestării medicale în cadrul expertizei medico-legale psihiatrice și în celelalte forme de asistență.

În concluzie, deși practica consacră caracterul de existență activităților medico-legale psihiatrice, am considerat oportun să precizăm prin cîteva considerații semnificația criteriologică pentru diagnosticul și prognoza comportamentului delinvent.

Aceste considerații servesc în același timp ideii de cooperare pluridisciplinară, cu sursa necesară de informație, la un grad complex de obiectivitate caracteristic competenței și responsabilității medicale.

Între situațiile prin care fapta prevăzută de legea penală să nu fie considerată infracțiune, alături de legitima apărare, starea de necesitate, constrîngerea fizică (forța majoră) și constrîngerea morală, cazul fortuit și eroarea de fapt (ce se pot proba uneori

elemente medicale), iresponsabilitatea, beția și minoritatea sînt, prin excelență, susceptibile de o probație științifică medicală. Se poate astfel proba tulburarea psihică ce a depășit limitele unei apărări proporționale cu gravitatea pericolului în legitimă apărare, vătămarea în condiții de catastrofă sau pericolul iminent și inevitabil venit de la un comportament nociv, într-o stare de necesitate, constrîngerea fizică cu comiterea unor acte, de obicei omisive, sau sugestibilitatea marcată într-o constrîngere morală. În aceleași ordonate se încadrează și neprevăderea unor rezultate negativ-penale prin cauze imprevizibile, cum ar fi o stare malativă organică sau psihică, în cazul fortuit, necunoașterea stării de sănătate, gravitate, ori a aptitudinii unui obiect de a produce o vătămare (înlocuirea lui) în eroarea de fapt (necunoașterea sau cunoașterea greșită a legii nefiind eroare).

Iresponsabilitatea este starea de incapacitate psihică a unor persoane care datorită alienației mentale sau altor cauze nu-și poate da seama de acțiunile și inacțiunile sale, ca și de urmările acestora, sau nu poate fi stăpînit pe ele prin lipsa voinței în situațiile comiterii unor fapte prevăzute de legea penală. Prin alte cauze se înțelege somnul patologic sau hipnoza, stările toxice sau iatrogene, ce pot altera psihismul unei persoane. Condițiile legale ale iresponsabilității se referă la o faptă prevăzută de lege, la faptul că autorul nu are capacitatea de a înțelege și/sau de a-și dirija voința, iresponsabilitate ce există în momentul comiterii faptei (fapta concepută în stare de luciditate, dar comisă în stare de iresponsabilitate neînălțurînd răspunderea penală, față de situațiile inverse). Se admite și beția alcoolică sau orice beție rece (morfinică, cocainică etc) drept cauză de iresponsabilitate, dacă este accidentală (fortuită) independentă de voința autorului și completă, prin aceea că aceasta nu-și dă seama de actele comise și urmările lor și nu-și poate dirija voința (ca în beția alcoolică).

Minoritatea sub 14 ani, sau între 14 și 16 ani, lipsită de discernămint conferă iresponsabilitate. Pînă la 14 ani, lipsa discernămintului este o prezumție absolută, iar între 14 și 16 ani o prezumție relativă urmînd a fi stabilită printr-o expertiză medicală. Față de minorii ce răspund penal, legea prevede și aplicarea unor măsuri educative în raport de pericolul social al faptei, starea sa de dezvoltare fizică, intelectuală și morală, ca și condițiile de creștere și educație. Printre măsurile educative se citează

libertatea supravegheată de părinți sau tutei, internare într-un institut special de reeducare sau într-un institut medical-educativ pentru cei care, datorită stării psihofizice, au nevoie de un tratament medical și o educație specială. În cauzele în care sînt învinuiți minorii, legea prevede obligativitatea audierii lor în prezența părinților sau tutorei, precum și efectuarea anchetei sociale de către persoane competente, la cererea organelor judiciare. Judecarea minorilor în instanță pentru fapte grave se face în ședința care nu vor fi publice, iar măsurile aplicate de încredințarea părinților sau școlii se iau de către comisii de judecată, iar măsurile de reeducare în școli speciale, de către instanțele de judecată.

Legea prevede și aplicarea unor măsuri protective de siguranță, la cazurile ce prezintă un pericol deosebit și există riscul săvîrșirii unor noi fapte. Printre aceste măsuri se prevede obligativitatea la un tratament medical ambulator efectuat în mod regulat sau internarea pînă la însănătoșire, într-un institut medical dacă este vorba de un bolnav mintal sau un toxicoman. Ultima măsură se poate lua și în cursul urmăririi penale sau al judecății. Hotărîrea de obligare la tratament medical și internarea medicală, împreună cu expertiza medicală, se trimite direcției sanitare teritoriale care va lua măsurile necesare și va comunica instanței aducerea lor la îndeplinire precum și orice alte propuneri necesare. Revocarea acestor măsuri se poate cere de persoana în cauză sau de procuror.

După lege, unele expertize medico-legale printre care și expertiza de psihiatrie sînt obligatorii pentru organele judiciare atunci cînd există îndoieli asupra stării psihice a autorului unei infracțiuni, îndoieli rezultînd din modul său de comportare în decursul procesului sau din antecedentele sale medicale ori pentru dovedirea situațiilor ce prevăd suspendarea urmăririi penale sau judecății, ca și amînarea sau întreruperea executării pedepsei prin boli grave, contagioase, somatice sau psihice, temporare sau de durată, curabile sau incurabile și care se stabilesc printr-o expertiză medicală. În acest scop expertiza se solicită printr-un act procedural oficial și se pun la dispoziția experților toate datele necesare. Expertul va efectua lucrarea personal, nu va divulga datele de care a luat cunoștință, o va efectua în termenul stabilit și va fi de bună credință, reana credință fiind sancționabilă, după

cum este prevăzută fapta expertului ce include în expertiză date false cu bună credință, ori omite cu știință date ce ar aduce clarificarea speței. Se poate solicita și un supliment de expertiză sau o nouă expertiză cu aceleași obligativități pentru experți.

În situațiile critice de boală, de urgență, ca acele generate de stări psihotice sau nepsihotice, ce exprimă o stare de pericolitate prin reacții autoagresive (tentative de sinucidere, de automutilare) reacțiile heteroagresive directe (loviri, atentate la bunemoravuri, tentative de omor) sau heteroagresive indirecte (neglijențe comportamentale cu riscuri profesionale) se vor respecta prevederile ce consideră pericoluși bolnavii care pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprie ori a altora sau valori materiale și tulbură în mod repetat și grav condițiile de viață și muncă în familie și societate. Aceste situații obligă la tratament medical ambulator sau prin spitalizare. În acest scop familia va anunța dispensarul teritorial, care la rîndul său va informa bolnavul spre comisiile psihiatrice teritoriale ce vor hotărî asupra măsurilor luate. Aceste comisii au obligația de a urmări evoluția tratamentului și a decide asupra încetării sale.

Psihiatria medico-legală se ocupă de psihopatologia delinco-judiciară prin studiul personalității și comportamentului din diferitele boli psihice, sindroame și reacții în care scop, revenind la cîteva date devin necesare înțelegerii manifestărilor de manifestare și a celor patologice prin procesualități psihotice, situații care generează ceea ce s-a numit delinvență patologică.

Comportamentul uman apare ca expresia, interacțiunii factoriale multiple și complexe de structurări filo și ontogenetice a relațiile sistemelor ambientale, precizîndu-se identificarea în configurația sa, de subsisteme ca cel genetic închis sau văzut ca un comportament al nevoilor viscerale, cel genetic deschis către mediu, instinctiv, emoțional și stereotip cu importanța ce o deține în paleocortex creierul limbic și cel rațional, cultural, etc., care generează atitudinile anticipative specifice umane. Activitatea psihocomportamentală ca expresie integrală a personalității este caracterizată de prevedere și prevenire a consecințelor sale, prin corelarea permanentă a modelului socio-cultural al existenței sale, cu modelul self-ului, prin corelarea motivațiilor proprii la exigențele unei normativități, prin atitudini selective, decise cu alegerea dintre mai multe alternative și autocontrolul

conduitei consecutiv conexiunii inverse de corectare și asumarea de
responsabilități.

Comportamentul uman este structurat prin integrări succesive și ierarhice prin care se realizează devenirea unitară și integrată a personalității. Integrarea genetică se referă la programele innăscute de comportament, la reglarea humerală (prin mediatori chimici), endocrină (prin hormoni), nervoasă (prin reflexe condiționate), psihologică (prin intermediul conștiinței) și socială (prin relația sistemelor normative) sau chiar umanitară (prin relația sistemelor de valori). În acest mod, sub aspect filogenetic comportamentul a evoluat de la modelul reactiv (instinctiv automat și situativ) către modelele proiective (voluntare, discriminate și anticipative). Este caracteristică evoluția filogenetică a comportamentului de la nivele automate și reactive către nivele neologice și anticipative, de la nivelele instinctive către nivele culturale, cu alte cuvinte, de la comportamente predominant innăscute către cele predominant câștigate. Dacă un comportament predominant instinctiv și impulsiv apare ca o regresie a comportamentului uman către aspecte elementare, comportamentul voluntar și proiectiv, uneori de relații situative, realizează condiții specifice umane, prin caracterul anticipativ și neologic, cu însușirile în relațiile de existență prin sensul valoric al culturii. Mișcarea umană personalitatea în devenirea sa utilizează alături de experiența sa anterioară de viață (formată prin conexiune inversă) diferite construcții și modele sociale, scopuri și motivații oferite de societate și cultură, integrarea față de o normativitate constituind o permanentă proiecție subiectivă de modele psihocomportamentale care realizează integrarea, aspirația și realizarea specific condiției umane.

Prin aceste trăsături, comportamentul uman devine o sursă de informație despre nivelul conștiinței și implicit a gradului său de integrare și ar fi în măsură să ofere date despre particularitățile sale sau a riscurilor patologice la diferite situații. Atât de mult discutată normalitatea psihică, în proiecția psihopatologiei reale, este aspirația probată către normativitate, aspirație bazată pe asumarea de responsabilități consecutiv unor anticipări discontinue permanente. Psihopatologia comportamentală se exprimă prin demedulări, defecte, sau lipsa de integrare a schemelor și construcțiilor (modelurilor) proprii în evoluția valorilor normative ale

comunități și chiar ale umanității. Particularitățile psihocomportamentale și în mod deosebit psihopatologia delicto-judiciară fac obiectul studiului unei discipline sociologice, criminologia care, pentru a decela geneza și factorialitatea infracțiunii și a face profilaxia, ea, recurge la portul și rezultatele diferitelor discipline (printre care și medicina) structurându-și concepțiile în teorii asupra devianței. Aceste teorii ar putea fi clasificate în biologice, ecologice și mixte.

Teoriile biologice sînt ineiste (ereditariste sau genetice),
atologice sau de criminologie clinică,teorii care nu au putut ex-
plica satisfăcător polimorfismul comportamentului deviant.Unele
convingeri,observații sau opțiuni,cunoscute încă din antichitate,
au fost continuate și reactualizate prin contribuția majoră a lui
Lombroso și apoi Di Tullie care au încercat să individualizeze
chiar o tipologie biologică a devianței.

Teoriile genetice, reactualizate de descoperirea cromozomului Y suplimentar, după cercetări pertinente au promovat opțiunea după care ereditatea constituie doar o premisă a comportamentului uman, genele oferind potențialitate, performanțele umane însă rezultă din influențele exercitate de mediu. Dacă la origine comportamentul a putut fi identic, numai cultura l-a diversificat prin modelele valorice ce au reglat relațiile primare. Din această perspectivă, dotarea ereditară este aptitudinea de a beneficia de influențele mediului, care cu evoluția omului, cum spunea Baudelaire, a făcut ca răul să rămână de origine naturală, iar binele să apară ca produs al artei și culturii. În acest sens, Lombroso căuta stigmatul ereditare de determinare la delinvență, stigmat ce nu s-au confirmat, dar au generat concepții după care, devianța este determinată biologic, aceasta anulează libertatea de a alege și a elabora în conștiință atitudini discriminate și responsabile. Teoriile genetice, deși au introdus studiul exhaustiv al devianței comportamentale au putut generaliza devianța patologică în totalitatea situațiilor. Astfel, delinvența patologică reprezintă 8-le % din ansamblul delinvenței. Cunoștințele despre sindromul XYY în populația umană și generală au confirmat în plus aceste date.

Teoriile etologice au plecat de la rolul pozitiv al unei agresivități de apărare în evoluția filogenetică a speciilor, rol ce s-a mai constatat ca o remanență și în ontogeneză sau actogeneză (trăcarea la act). Dacă sensul acestei agresivități animale a fost,

prin asigurarea reproducerii, teritoriului și protecției descendenței, o selecție naturală și conservare a speciei, în condiții umane sensul selectiv și direcțional este dat de cultură, agresivitatea biologică de apărare fiind sublimată cultural prin competiție sau întrecere. Totuși la om, în opțiunea etologiilor, violența ca instinct de apărare, a devenit instinct de distrugere, mai ales prin reacțiile comportamentale la situații de anticipare și imaginare. La om, agresivitatea poate fi declanșată de frustrări, conflicte, deci de factori relaționali-psihologici.

După cum se știe în psihologie a existat tendința de a explica comportamentul ca o reacție la diferiți stimuli (teoriile behavioriste), fiind omisă valoarea integrală a personalității, sau a fost luat în considerare în mod dominant rolul de reflectare al conștiinței asupra atitudinilor fără a acorda valoarea factorialității ambientale. În alte opțiuni teoretice s-a evidențiat rolul unor trăsături de personalitate, a tulburărilor afective, după cum a fost evidențiată în mod relevant semnificația carențelor afective. Teoriile psihanalitice au accentuat rolul afenezei sentimentelor de culpă, ca și a direcționării motivaționale în relațiile umane. În această relație dinamică, problema crucială a speciei umane este aceea dacă dezvoltarea sa culturală va reuși să stăpânească instinctul de agresiune și autodistrugere.

Teoriile mezologice (ecologice, ambientaliste) au înglobat diferite opinii dominante sociologice, culturale sau axiologice elaborate și promovate în decursul timpului de C. Baccaria, E. Feri, Lacasagne, G. Tarde, devianța fiind atribuită în mod esențial acestor factori. Ca o alternativă de argument un accident genetic dintre cromozomii 46 și 48 ce a stat totuși la baza cerebralizării omului a făcut ca aceasta să părăsească palierul evoluției biologice, pentru a se plasa în palierul evoluției sale istorice și socio-culturale. Fără a se lua în considerare aceasta va ajunge la dominanța comportamentului câștigat asupra celui înnăscut. Astfel, în dezvoltarea teoretică care ia în considerare dinamica plurifactorială, dezvoltarea naturală primește în mod permanent replica mediului prin cultură și educație, iar instinctualitatea operează prin regula socio-culturală. După cum se știe sub aspect psiho-comportamental nici geminii monozigoti nu se aseamănă. În acest mod, cunoașterea umană nu este înscrisă în cromozom, ci în cultură și nu se transmite ereditar, ci prin educație, însăși genetica afirmând că sîntem de fapt

ceea ce educația a făcut din noi. Prin cultură, societatea valorizează polimorfismul genetic uman, cultura devenind condiția sine qua non a comportamentului uman, specific social și sub influența ei comportamentele înnăscute au devenit câștigate. Se accentuează astfel rolul mediului ca o acțiune favorizantă sau defavorizantă asupra socializării comportamentale, mediul fiind acela ce favorizează geniile sau etichetează infractorii, în condiții sociale marginalizate de subcultură, deviantă, se poate dezvolta și o personalitate anomică, ostilă normativității.

Teoriile eclectice sau mixte, accentuează în mod firesc dialectica intercondiționării unor multiplici factori în geneza devianței, cu prevalența unor sau a altora dintre ei, în raport de personalitate și situație. Teoriile mixte, ca o focalizare sociologică a unor multipli factori implicați în devianță, se impun prin valoarea lor holistică și euristică, de privire integrală a fenomenului și de oferire a unor soluții de redresare. Conform acestor teorii, devianța se află la intersecția sau confluența unor factori bio-medicali, psihologici, culturali și sociali cu prevalența unora sau a altora, fapt exprimat prin metafora după care devianța apare ca un fluviu în care se varsă mai multe râuri cu debite diferite. Abordarea multifactorială a devianței adusă de evoluția epistemologică a științei accentuează rolul structurii dinamice și complexe în analiza personalității și a modelului psihocomportamental.

Prin examinarea medico-legală psihiatrică a comportamentului deviant sau patologic se răspunde unor întrebări judiciare privind responsabilitatea unei persoane, responsabilitate ce se impune ca o instituție eminentă judiciară și ori de câte ori comportamentul apare ca patologic, ca un simptom de alienare psihică, și când, oricât de gravă, fapta bolnavului nu se consideră infracțiune.

Sub aspect psihiatrico-legal, studiul relației dintre comportament și boală psihică devine de importanță majoră atât timp cât:

- comportamentul disociabil este expresia medical stabilită a unei personalități psihopatologice uneori de maximă gravitate și nocivitate prin care se pune în pericol viața bolnavului însăși, deseori, și a anturajului său. Instituirea în asemenea cazuri a unor măsuri terapeutice protective ia întotdeauna în considerare, în raport de tipul și evoluția bolii, manifestările de auto și heteroagresivitate;

- frecvent, comportamentul patologic cu incidență delicto-judiciară poate fi revelator, aproape patognomic și deseori tipic pentru o anumită îmbolnăvire psihică. Cu alte cuvinte, comportamentul delicto-judiciar patologic este specific sau relativ specific fiecărui tip de îmbolnăvire psihică, după cum frecvent, boala psihică debutează cu un comportament antisocial. Apar astfel specifice violențele nediscriminatorii în epilepsie, individualizate în schizofrenia paranoică sau delirul psihozei alcoolice, ca și debutul medico-legal al beției patologice, schizofreniei, delirurilor disimulate, exemplele în acest fel putând continua.

Oricum îndoială judiciară se decurge din gravitatea faptului comis, din discordanța dintre faptă și comportamentul ulterior, din caracterul izolat al actului față de comportamentul anterior al unei persoane, ca și din antecedentele invocate și comportamentul în cercetarea judiciară, se va rezolva numai printr-o expertiză medico-legală psihiatrică. Aceasta urmează să precizeze în mod esențial următoarele:

- Diagnosticul de boală, psihică, stare sau relație psihopatologică, sau lipsă a tulburărilor psihice la data și împrejurările comiterii faptului imputat;

- Discernământul față de fapta imputabilă săvârșită în raport de boala, starea sau relația psihopatologică diagnosticată;

- Măsurile medicale și uneori pedagogice de asistență și reabilitare;

Diagnosticul medical, după recomandările și prevederile procedurale, mai ales în lipsa antecedentelor relevante de boală, se va stabili numai prin explorare medicală complexă și întocmirea foilor de observație ca document probator oficial. Investigațiile complementare dețin o valoare probantă în limitele examenului clinic, utilizarea lor în mod separat și secvențial neputând în mod competent înlocui examenul psihiatric.

Stabilirea discernământului sau a capacității psihice față de fapta comisă cu raportare la diagnosticul psihiatric este problema medicală de competență a expertizei în psihopatologia delicto-judiciară. Discernământul, sau capacitatea sau libertatea de a distinge între bine și rău, legal și ilegal, licit și ilicit, permis și nepermis, corect și incorrect, util și neutil, se realizează prin perceperea și reprezentarea corectă a realității, a conținutului și consecințelor

faptelor proprii, prin capacitatea psihică de anticipare a consecințelor faptelor proprii.

Discernământul este o funcție integratoare și operantă a sistemului psihic. În aprecierea sa sînt luate în considerare experiențele anterioare ale personalității (suficientă sau insuficientă) nivelul de cultură, modelul educațional, semnificația unor relații de existență din care poate decurge înțelegerea conținutului etico-moral și relațiilor normative. Juristul deține capacitatea de a raporta discernământul sub capacitatea psihică a unei persoane privind responsabilitatea față de actele comise.

Lipsa discernământului este o stare de anulare a capacității psihice de a alege între mai multe alternative comportamentale (de a discerne) ca atunci cînd se percepe incorrect realitatea, cînd se perturbă capacitatea de a proiecta și de a judeca logic o situație, de a reprezenta și prevedea consecințele faptelor proprii. Astfel de situații corespund practic noțiunii de „nebunie” sau de „alienare” în sens judiciar, fiind o înstrăinare de realitatea existenței și sistemul de reglementări ce privesc interrelațiile din viața și comunicarea socială. În astfel de stări se proiectează cu dificultate și incorrect realitatea înconjurătoare, reacțiile la situațiile aduse de această realitate exprimă de fapt raportul cu o lume produsă de boală și ieșită din realitate, bolnavul nu se simte bolnav, nu mai are capacitatea de a evalua actele sale, pierde simțul critic al modalităților normative și axiologice al sistemului său relațional de existență prin care de fapt se validează normalitatea și sănătatea mentală. În acest context alienarea nu poate fi considerată o antisocialitate penibilă, ci un eșec al existenței umane și o ouerire a societății, ca atitudine de integrare medicală a iresponsabilității prin factori psihopatologici și deci a bolilor psihice.

Discernământul este abolit în psychoze (alienație sau nebunie sau în stări excepționale de anulare a conștiinței, fapta bolnavului fiind un simptom al procesualității psihopatologice multifactoriale, cu posibilitatea totuși în unele situații a dezvoltării postcritice (după consumarea faptului) a unor culpabilizări.

În situațiile psihopatologice, cuprinse în categoria stărilor de limită a normalității cum ar fi debilitățile mintale (eligo-freniile de gradul I), disarmoniiile personalității în varietatea forme-

lor lor clinice, ca și alte situații distinct analizate, relaționale sau victimologice, discernământul poate fi diminuat sau nealterat în raport de evidențierea și analiza factorilor ce au favorizat trecerea la act (intoleranță la frustrații, incapacitate de conținere afectivă, impulsivitate scăpată de sub controlul voinței, pulsione consumată pe plan imaginar, personalitate fragilă și instabilă, toxicomanie, provocare, etc.).

MODALITATI DE ORGANIZARE IN ASISTENTA PSIHIATRICA

Asistența psihiatrică constituie o importantă preocupare în cadrul asistenței de sănătate a populației și beneficiază de modalități mersu perfectibile în raport de structurile și organizarea societății și organismelor comunitare. Tendințele actuale se exprimă prin asigurarea unor forme de asistență ambulatorie cu permanentă accesibilitate către formele diversificate ale asistenței clinice (spital de zi, spitalizare prin dispensarizare, servicii medicale de reabilitare socio-familială și profesională).

O asistență medicală, în mod incontestabil, prevede dreptul de apăsare al familiei și bolnavului privind alegerea terapeutului și condiției sale de asistență, cu prelevarea tatedată a modalităților statistice, epidemiologice în vederea evaluării morbidității prin boli psihice, a identificării factorilor de risc și a unor prognoze privind asigurarea medică-sanitară de asistență. Orice formă de organizare a asistenței psihiatrice și a celor cuprinși în activitățile sale prevede respectarea relațiilor deontologice, psihoprotecția bolnavului asistat și a statutului său, cu asigurarea accesibilității, a competenței medicale și a unor modalități diferențiate în conduita de asistență.

Cadrul general al asistenței psihiatrice cuprinde unități de asistență spitalicească, de pastură și recuperare, servicii de asistență ambulatorie și semiambulatorie. Aceste modalități de asistență a bolnavilor psihici pot fi schematic prezentate în următoarea clasificare:

I. Unități de spitalizare totală

1. Spitalul de psihiatrie
2. Secția de psihiatrie din spitalul general
3. Spitalul sau secția de pastură și recuperare.

II. Unități de spitalizare parțială (semiambulatorii)

1. Spitalul (staționarul) sau serviciul de zi
2. Alte unități (spitalul de noapte, spitalul de seară, spitalul de week-end sau de concediu)

III. Unități ambulatorii

1. Laboratorul de sănătate mintală (L.S.M.)
2. Cabinetul de psihiatrie al dispensarului policlinic
3. Dispensarul de medicină generală

IV. Unități complexe multifuncționale

- Centrul de sănătate mintală-unitate complexă prin integrarea L.S.M., staționar de zi, serviciu de relații social-juridice.

Punctul de vedere al Școlii de psihiatrie de la Secula, care privește personalitatea umană într-un ansamblu biologic, psihologic, axiologic și socio-cultural, se transpune și în organizarea unitară a asistenței medicale, în care se diferențiază: spitalul de psihiatrie cu sarcini preeminant terapeutice, L.S.M., pe care se concentrează asistența ambulatorie și psihopreilactică, serviciul de zi ca modalitate de asistență semiambulatorie, rețeaua de pastură - pentru cazurile de evoluție prelungită - și de recuperare a bolnavilor psihici. Dezvoltarea într-o astfel de manieră a asistenței psihiatrice intra- și extraspitalicească implică sarcini complexe, cu o sferă de acțiune în toate domeniile care vizează problematica sănătății mintale, atât ca acțiune medicală, cât și ca orientare comunitară. În realizarea acestei modalități de asistență psihiatrică, rețeaua serviciilor extraspitalicești devine preponderant, ele oferind o largă accesibilitate populației, cu posibilitatea abordării bolnavului psihic, precum și a problemelor legate de mediul socio-profesional. Astfel, organizarea de ansamblu a rețelei psihiatrice reunește dar și diferențiază modalitățile de asistență medicală în profil de o manieră complexă în raport profilactic, curativ și recuperativ. În acest sens, unitățile de asistență psihiatrică apar ca etape relate într-o activitate coordonată și unitară, desfășurată în etape succesive și dependente ale procesului complex de recuperare a bolnavilor psihici.

Asistența clinico-terapeutică revine în primul rând spitalului de psihiatrie ca fer metodeologic al asistenței teritorializate, fiind preluată și extinsă în ambulator de către L.S.M., care devine

placa turnantă a conexiunilor intra- și extraspitalicești, prin orientarea și organizarea dispensarisării bolilor psihice. Acțiunile curative-preilactice și recuperative, ca și cele de dispensarizare inițiate în spital se proiectează în activitatea L.S.M., care preia, continuă și dezvoltă atât sarcinile de dispensarizare și asistență recuperative în dimensiunile lor medicale, profesionale și sociale, cât și asistența preilactică în incidență primară, secundară și terțiară, extinzând astfel aria problematicii de ambulator.

Laboratorul de Sănătate Mintală (L.S.M.) s-a dezvoltat ca urmare a necesității complexe de asistență a bolnavului psihic. El nu se asimilează cabinetelor de consultații din policlinici, pe care le integrează, amplificându-se sarcinile și posibilitățile de intervenție în asistența psihiatrică.

În țara noastră, L.S.M. s-au organizat în baza experienței Serviciului psihosocial realizat experimental la Iași în anul 1969 și a dispensarului de psihiatrie București, având ca prioritate următoarele sarcini:

- studiul factorilor de risc în apariția tulburărilor psihice în vederea instituirii măsurilor de profilaxie primară;
- depistarea activă și precoce a afecțiunilor psihice în vederea instituirii măsurilor de psihopreilaxie secundară;
- rezolvarea problemelor de muncă, juridice, familiale și de reinserție socială ale bolnavilor psihici, în cadrul acțiunilor de psihopreilaxie terțiară;
- inițierea măsurilor de psihohigienă și profilaxia în colectivități de copii, de tineri, de adulți și în familie;
- antrenarea și îndrumarea metodei de rețea (medicină generală și pediatrie) în problemele comune de promovare a sănătății mintale.

Orientarea asistenței psihiatrice în raport de indicii de incidență și prevalență implică o corectă evidență și dispensarizare a bolnavilor psihici prin intermediul L.S.M., ale cărui sarcini sînt stipulate de completarea formelor de înregistrare, erdarea programului terapeutic și ocupațional, anchete de teren ca și stabilirea unei legături permanente cu familia, locul de muncă, și dispensarele medicale teritoriale sau de întreprinderi. Aceasta permite și face posibilă întregirea unei evidențe unice prin preluarea bolnavilor psihici integrați în etapele de școlarizare sau ac-

tivitatea productivă și realizarea unei imagini unitare asupra cazurilor din teritoriul asistat.

Organizarea corespunzătoare a asistenței psihiatrice ambulaterii și semiambulaterii, în ceea ce privește activitatea de psihoprofilaxie și dispensarizare, de elaborare a diagnosticului și efectuarea tratamentului, implică asigurarea unor spații adecvate și a unei încadrări satisfăcătoare cu personal de specialitate. În aceste condiții, se poate evita scoaterea bolnavului psihic din mediul socio-profesional, raționându-se menținerea în societate, fapt care contribuie la reabilitare, prin accentuarea asupra laturii sociale în terapia complexă a bolilor psihice. Internarea bolnavului psihic în spitalul de psihiatrie se va face numai atunci când este absolut necesar și pe perioade limitate de timp, scăzându-se și numărul de zile de spitalizare și supra relației cost-beneficiu-eficiență.

Coordonatele și perspectivele asistenței psihiatrice prezintă expresia nivelului general de dezvoltare al medicinei și progreselor sale, precum și nivelului de cultură în ceea ce privește conștiința despre valoarea sănătății mentale a unei populații. Prioritățile, mijloacele și obiectivele asistenței psihiatrice pot fi diferite, deși alăturarea critică a unor experiențe tinde în prezent să proiecteze modele care să corespundă unor caracteristici ale lumii noastre contemporane.

Asistența psihiatrică recuperatorie constituie o caracteristică a medicinei moderne, care implică necesitatea asistenței clinice și de postură, precum și extinderea acțiunilor psihoprofilactice, integrându-se în conceptul de asistență medicală populațională cu fermele sale diferențiate de organism și instituții medicale. Procesul complex al recuperării, în etapele sale medicală, profesională, și socială, urmărește reinsertia și readaptarea instructiv-educativă sau socio-profesională și presupune organizarea și perfecționarea asistenței psihiatrice, colaborarea cu rețeaua de medicină generală și organismele comunitare în asigurarea cadrului și condițiilor necesare eficienței măsurilor de reabilitare. Orientarea asistenței către problematica populațională constituie modalitatea distinctă de identificare a unei tipologiei psihocomportamentale, față de care se pot proiecta programe diferențiate de asistență și intervenție, semnificând totodată medicalizarea condiției de

spitalizare prin valoarea explorărilor și a tratamentului, evaluarea diagnostică și prognostică.

Tradiționala polarizare a asistenței în forma clinică și de ambulator devine tot mai pregnant expresia sistemului general de protecție a stării de sănătate, cu multiple interrelații funcționale și expertale, care devin competențe medicale și psihiatrice. Extinderea și perfectarea acestor modalități de asistență confirmă caracterul dinamic al asistenței psihiatrice în sensul adresabilității populaționale, articularea problematizării de cercetare și intervenție cu programul general de asistență și protecție a stării de sănătate.

CONCEPTUL DE SANATATE MENTALA IN OPTIUNEA

ASISTENTEI PSIHIATRICE

Deosebirea și limitele dintre normalitate și boală au fost exprimate prin atitudini și convingeri elaborate istoric de comunități și arii de cultură, înainte de a deveni obiectul predilect de cercetare al medicinei. Ca orice atitudini structurate în timp, cu o puternică captare emotivă și direcționare a conduitelor de relații, ele persistă și difuzează în comportamentul motivat de parametrii existenței contemporane, în toată diversitatea particularităților sale socie-culturale.

După cum știm, criteriile de referință asupra stării funcționale a organismului și comportamentului uman, în raport de progresul cunoștințelor, au devenit mai ample și complexe până la sesizarea dificultăților și a unor identități în tranșarea univecă a limitelor dintre normal și patologic. Astfel, în precizarea unor concepte apare necesitatea ordonării criteriilor de referință, ca expresie a cumului de observație și informații care direcționează intervenția medicală spre un scop propus, ca model realizabil.

Normalitatea, în reprezentarea cea mai curentă se referă la o normă, stabilită, presupusă sau identificată în variabilele unei mulțimi. Normalitatea centrată statistic a operat și operează încă la nivelul analizei organismului, înfrățirii și comportamentului unei persoane, fiind inițial un criteriu empiric, de compensare și enunț selectiv primar. Criteriul statistic al unor parametri izolați, fără corelarea lor la funcția de sistem, prin informația sa cantitativă, secvențială și statică a oferit delimitări tranșante, deseori utilă unei orientări pragmatice, dar fără capacitatea epuizării unor întregi categorii de realități, habituale, endemice sau epidemice. Acest fapt este valabil și în perspectiva organo-funcțională a

persoanei, cât și în cea a comportamentului de relație.

Criteriul statistic într-o astfel de utilizare elementară a putut opera într-o finalizare ideală, prin reprezentarea sintetică a normei, ca normalitate înscrisă într-un model abstract și schematic, ca reprezentare general valabilă prin care se cataloghează apoi individual. Modelul expus, prin simplitatea și pertinența sa ne sugerează o îndelungată istorie a folosirii sale cu toate riscurile inexactității sau deformărilor induse prin ignorarea dinamicii variabilelor, a analizei correlative sau a altor coordonate ale realității decât a celei constituite prin informația deținută.

Capacitatea de inducție a acestui model prin simplitatea și siguranța sa, s-a putut impune ca habitudine în convingeri, conduite și atitudini prin care delimitările se operează fără inflexiuni, cu distincție liniară dintre civilizat și barbar, frumos și urât, bun și rău, normal (cu adeziunea acceptării) și patologic (cu respingerea segregării). Anamneza acestui model ne permite să identificăm sursele sale primare comunitare, dar și permanența modificare a conținutului în succesiunea de model ce întrețin de fapt moda de epocă, ca opțiune colectivă a propriului său model.

Medicina, în istoria vindecării bolilor, a acționat consecvent asupra unui model în care norma s-a identificat cu sănătatea, iar epusul ei, boala, a constituit obiectul de intervenție în speranța vindecării sau uneori a segregării sale prin convingerea prezervării modelului de normalitate.

Boala psihică, îndeosebi în formele sale evident manifeste a fost întotdeauna recepționată de grupul comunitar, care a sancționat bolnavul ca o înstrăinare de model sau normă de comportament și l-a plasat în afara comunicării înșugite sau în mod comun înțelese. Destinul său a fost însă diferit prin semnificația valorilor de cultură ale societății. În unele societăți el a fost preluat de circuitul valorilor de mit și cultură. Normalitatea în conștiință, chiar dedusă din intuiție statistică nu a fost pretutindeni și întotdeauna acceptată ca boală sau obiect al intervenției de vindecare, sensul ei fiind vehiculat de valorile de cultură și instituțiile din structura societății. Într-un anume sens continuă și astăzi reflexiunea asupra semnificației excepției de la norma prin clasificarea sau relația dintre genialitate și anomalie mentală. Totuși, sănătatea și boala sînt concepte fundamentale ale medicinei, prin care

operează elaborarea clinică curativă și cea epidemiologică-pre-filactică. Modelul lor conceptual supus analizei matematice în baza înregistrării și prelucrării statistice se orientează către reglarea reciprocă a unor parametri menținuți la o valoare cât mai apropiată de nivelele unor stări funcționale, dincolo de care se înscriu grade și calități de invalidare, până la anularea capacităților funcționale sau vitale ale unei persoane sau a sistemului ei de relație. Conceptele de sănătate și boală, fără a-și anula limitele, devin complexe și multimediale prin analiza reglării parametrilor lor funcționali în cadrul unui sistem deschis, integral, și în continuare, cu toate atributele ființei umane (comportamental) cu retroacțiune, ierarhizat, informațional, dinamic, anti-entropic, evolutiv).

Sănătatea și boala sînt realități existențiale supuse analizei și identificării și din acest punct de vedere ele se constituie obiectiv în modele de detaliată precizare, prin care se exercită progresul intervenției medicale.

Caracterul lor complex și multimedial decurge dintr-un conținut particular, subiectiv, al persoanei și sistemului ambiant într-o relație elaborată de valori structurate în convingeri, obiceiuri, atitudini și instituții care se proiectează în perspectiva conștiinței de sine prin comunicarea cu alții.

Sensul antropologic și ontologic al unor realități existente, ca stare de sănătate și cea de boală, constituie modelul unitar al persoanei și ambianței prin care se constituie un tip distinct de comunicare, o referință conceptuală și operațională integrată criteriilor medicale în toate secvențele lor de intervenție.

În mod distinct psihiatria cercetează și intervine în starea de boală mentală și destinul celui invalidat de acesta. Psihiatria este o disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. Din etapa cînd alienația s-a identificat cu boala mentală, observația, raționamentul analitic și probațiunea experimentală au instrumentat funcția medicală prin care s-au elaborat apoi criteriile generale explicative. Prin caracterul de concretă referință asupra persoanei și personalității, asupra comportamentului de relație interumană, cît și a interacțiunii acesteia cu sistemul ambiant, psihiatria s-a dezvoltat prin conținutul antropologic și social, delimitîndu-și unitatea și competența în teoria și practica asistenței medicale.

Demersul psihiatriei contemporane este în același timp marcat de clarificarea mutațiilor dintre sisteme structural ierarhizate în interacțiunea dintre organism, persoană și societate. Astfel toate formele de comportament patologic, cu expresia lor generică de disociabilitate, ca și cele antisociale, ce decurg din perturbarea conștiinței de sine și a raportului cu alții se înscriu în registrul de competență al psihiatriei și al modalităților sale medicale specializate de cercetare și intervenție.

Evoluția conceptelor de sănătate și boală se proiectează în egală măsură asupra conținutului doctrinar al medicinei și ca atare al psihiatriei. Inerența dispersiune în specializare, cu achiziții de real progres, instituie și riscul pierderii raporturilor integrative, ontologice, axiologice și relaționale, care operează de fapt la nivelul persoanei, relațiilor comunitare și de viață și nu numai simplist asupra unei norme acceptate. De altfel constatăm tendințele de dezangajare față de valoarea unor norme, reprezentate de curentele de reconsiderare a nosologiei psihiatrice și la modul evident, de antipsihiatrie. Aceste tendințe fără a fi împărtășite de autori, explică și nevoia instrumentării conceptelor bazale ale medicinei cu un conținut modal nou și corespondent mutațiilor socio-culturale și parametrilor existențiali ai omului și societății contemporane.

În convergența acestor tendințe ne explicăm și dezvoltarea conceptului de sănătate mentală, instrument al psihiatriei în înțelesul de disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. Orientarea către conceptul de sănătate mentală poate fi rezultatul atenției față de coordonatele ecologo-epidemiologice, de gîndire sociologică, ontologică și antropologică privind persoana și relația ei comunitară, după cum poate fi rezultată și din insuficiența formalismului normativ și analitico-schematic.

În orice caz mutațiile lumii moderne cu tulburătoare intergări asupra unor relații de viață și muncă, într-o comunicare alertă cu echilibre zdruncinate de efortul adaptării la un mediu structural în schimbare, nu poate decît, trecînd prin contestație și relativism, să elaboreze înțeleapta atenție asupra prognozei și a eforturilor ordonate de a optima. Astfel, se explică aproape simultan aberarea și dezvoltarea conceptelor de igienă psihiatrică, igienă mentală, sănătate mentală în toată aria de cul-

tură a Europei și Statele Unite și mai tirziu, în ultimile 2-3 decenii în ariile de cultură confruntate de problematica dezvoltării. Orientarea către aspectele impuse de sănătatea publică, factorii sanogenetici și profilaxia deduse din conceptul epidemiologic a permis reformularea modală a psihiatriei și obiectului ei de studiu prin cercetarea spre realități interacționale, dinamice, cu prece-dee de integrare și dezintegrare prin care se structurează aspirații și valori într-un model personal prin raportarea la alții și programat ca scop realizabil. Ca aspect particular al stării de sănătate mentală se poate înscrie într-un model general valabil prin ideala supoziție a absenței bolii (care de fapt înseamnă scăderea potențialului morbid) și a criteriului statistic, dar deține în același timp o evidentă semnificație transculturală prin aspirația către un model personal, cu realizarea performanțelor ce le implică acesta.

Psihiatria, în înțelesul atributelor enunțate, optează pentru un concept dinamic al sănătății mentale, acceptat ca decurgând dintr-o stare inițială în continuă perfectare prin scăderea riscului patogen și ca o valoare de realizare a capacității psihice, pe tot parcursul dezvoltării persoanei în relațiile sale de viață. În multiplele tentative de definire a conceptului de sănătate mentală, dincolo de comentariul unor aspecte particulare, se disting caractere comune cum ar fi: conținutul unitar prin cooperare pluridisciplinară care formulează criterii de referință față de persoana și grupul social, sensul dinamic de promovare al performanțelor pe parcursul proceselor de integrare și dezintegrare, sensul psihoprofilaxiei și recuperării, semnificația transculturală a modelului normativ, caracterul aplicativ integrat funcției medicale a psihiatriei într-o programare constatativă și acțională.

Opțiunea psihiatriei, ce se menționează în titlul expunerii, ar putea fi considerată, după cele prezentate, ca o preferință voluntaristă.

De fapt în dezvoltarea modernă a psihiatriei, a conținutului ei medical privind obiectul de cercetare și instrumentare a metodelor de lucru, ca și în elaborarea conceptului de sănătate mentală opțiunile și ordonarea lor s-au realizat în contextul tendințelor generale ale relației dintre medicină și societate. În acest sens dezvoltarea, într-un înțeles mai amplu decât cea a unor prece-

deputări tradițional disciplinare, se realizează prin diversificare, ca tendință generală a demersului științific, interdisciplinaritate și conceptualizare, pentru a sesiza mereu și mai amplu, personalitatea umană în capacitățile sale de autodepășire, adaptabilitate, afirmare creativă și liberă în circuitul comunicării. Psihiatria nu a fuzionat la un concept nou, după cum acesta nu s-a alăturat prin competiție.

S-au dezvoltat doar, la motivația necesarului, direcțiile și aptitudinile obiectului cercetat și cu acesta s-a reformulat competența psihiatriei într-un înțeles care, de astăzi dat, permite ordonarea teoretică și metodologică în forma opțiunii pentru un concept care servește funcției sale medicale.

Acțiunile pentru realizarea unei sănătăți mentale urmăresc optimismul dezvoltării capacităților unei persoane, în condițiile mediului ei de existență. Introducerea acestor referințe privind persoana, grupul social și tot ce se poate constitui în condițiile fizice, biologice, psihologice, axiologice, social-culturale sau altele din complexitatea ambianței (sau ecologiei specifice) conferă reala dimensiune a direcțiilor de cercetare, metodologie și criteriilor de diagnostic, prognoză și intervenție medicală. Extinderea la acest nivel a direcțiilor profilactice și curative implică și extinderea competenței psihiatriei, fiind bine cunoscut, din realizări și instituții create, rolul și participarea acesteia la programele de sănătate mentală.

Prezentarea noastră, prin comentariul făcut, tinde să pună în valoare semnificația unor concepte care reformulează modal conținutul teoretic și metodologic al psihiatriei, conținut ce difuzează în direcțiile sale de specializare, în limitele funcției medicale, dar la coordonatele problematicii omului și societății contemporane.

Această difuziune conferă în același timp o mai probitară înțelegere a relațiilor dintre sănătate și boală, a devianței și adaptabilităților, a limitelor și performanțelor, în tipurile de integrare sau dezintegrare ale personalității, cât și ale unor conduite de grup într-o populație.

Prin această sesizăm și sinteza antropologică în care psihiatria și conceptele sale operaționale se înscriu atât de necesar în problematica omului sănătos, și ale bolnavului într-un destin deschis recuperării, la sensul valoric al grupului său de existen-

ță.

Conceptul de sănătate mentală devine astfel o direcție medicală, dar și un factor de orientare și validare a asistenței psihiatrice în forma sa deschisă, dinamică, comunitară și de strictă competență medicală față de problematica stării de sănătate a persoanei și a populației.

SOCIALUL ÎN DIMENSIUNEA ȘI EXIGENȚELE PSIHIATRIEI CONTEMPORANE

Psihiatria zilelor noastre a devenit o activitate medicală contactativă și acțională. Ea devine în mod necesar perfectibilă prin cunoștințe și revizuirea unor concepte și modalități de asistență medicală. Caracterul dinamic al acestei realități decurge din relațiile socio-culturale și materiale ale lumii contemporane, conștiința și reprezentările despre sănătate și condiția umană. La aceasta contribuie și transferul continuu al unor modele de existență prin comunicarea interpersonală sau de grup. Aceste constatări nu sînt numai personale, ele exprimă observații relativ comune și nedesmințite. Referințele privind evoluția unor concepte în asistența de psihiatrie abundă în secolul nostru, în diferite arii de cultură și civilizație, fiind constatate tendințe și perspective ce se înscriu într-o generală necesitate, realizată însă cu modalități și în forme diferite. Astfel rezultă o generală constatare privind cadrul și formele unei asistențe de psihiatrie în lumea contemporană. Ele exprimă reglementări esențiale și prin aceasta cu aplicări generale susținute sau completate de alte distincte modalități ce corespund, sau devin necesare, unor grupuri de populații și medii de viață.

Parcursul unor inițiative și căutări enunță și explică consistența biomedicală sau clinică a psihiatriei moderne indisolubil proiectată asupra condiției existențiale și a destinului celor invalidați de boala mentală, ceea ce exprimă complexitatea și particularitățile asistenței psihiatrice. Aceste dimensiuni multiple și distincte s-au structurat treptat pornind de la o inițială revoluție de sistem și mentalitate semnificantă în medicalizarea bolii mentale și în consecință atribuirea statutului de bolnavi, celor alienați.

În egală măsură ea poate fi atribuită înțelegerii unor dimensiuni specifice subiective și relaționale prin care s-a constituit psihologia medicală (în multiplele sale diferențieri) și în consecință importanța psihoterapiei, cît și a tuturor formelor de terapie de grup.

Puteam considera toate competențele psihiatriei actuale, în fundamentarea lor conceptuală și metodologică, ca decurgînd din semnificația sa biomedicală, intim sau unitar structurată în dinamica condiției subiective și relaționale prin care se proiectează diversitatea existenței umane.

În lumea noastră contemporană, cît la cea a unor perspective previzibile, aceste dimensiuni sînt neomisibil implicate în proiectul asistenței medicale de psihiatrie, ale persoanei, grupului și multiplelor relații ce realizează sistemul de valori al condiției umane.

Sub acest aspect substanțialitatea obiectului medicinei în general, deci și al psihiatriei, nu poate fi tratată și limitată doar ca o variantă specifică a biologiei, sau a ceea ce a fost înțeles în mod particular ca știință a naturii. Demersul actual al gândirii științifice și epistemologice distinge tocmai prin detaliul și precizia-ne analitică, sisteme integrative cu grade de complexitate, conexiuni și funcții de reglaj ce conferă condiției umane sensurile sale acționale. Aceste direcții sau sensuri acționale se realizează printr-un set de relații interacționale în variabilele experiențelor trăite, cu particulare semnificații ce acordă o înduplicabilă valoare personalității ca model de referință axiologică al situațiilor existențiale. Un astfel de demers constituit din rațiuni bine motivate în deceniile secolului nostru, a dat extindere și deseori prioritate conceptului de științe sociale, ea suport teoretic și acțional al psihiatriei.

Astfel, într-o înțelegere cuprinzătoare, științele sociale cu-prind acele cunoștințe ce privesc activitatea unei persoane (individ) înțeleasă ca membru al unui grup. Într-o mai veche descripție (1930) sînt incluse în categoria științelor sociale, politice, economice, dreptul, antropologia, sociologia, penologia și activitățile de servicii sociale. În categoria semiștiințelor sociale sînt clasate etica, educația, filosofia și psihologia, iar în categoria științelor cu implicații sociale sînt introduse biologia, geografia, medicina, lingvistica și artile. Relativ mai recent (1969) prin reconsiderarea conceptului, a teoriei și metodelor sînt acceptate următoarele discipline: antropologia, economia, geografia, istoria, dreptul, științele politice, psihiatrie,

psihologie, sociologie și statistică. Dacă poate fi remarcată esența și imprecizia oricărui sistem de clasificare, rămîne totuși evidentă tendința de sesizare a interrelațiilor ce constituie dimensiunea socialului. De altfel s-a și afirmat despre conceptul de științe sociale necesitatea de a face explicit sensul ce i se acordă, sau în care este folosit.

Clasificările devin inherent necesare înțelegerii semnificației contemporane a psihiatriei, a conceptului ce o fundamentează din care decurg competențele și modalitățile de intervenție. Precizările necesare nu le considerăm a fi doar tentative abstracte și de detaliu fără valoare. Psihiatria contemporană se dezvoltă prin resursele unor tradiții și modalități, dar îndrăznim a spune și cu priorități distincte. În același timp, se tinde la acceptarea unor criterii bazale care pot oferi comunicarea și alegerea unor modele sau acțiuni medicale convenabile și oportune unor situații distincte.

Implicarea psihiatriei contemporane în relații atît de polare atestă și ampla sa disponibilitate, dar și limitele statutului ei. Într-o epocă de alerte mutații ce solicită reconsiderări sau soluții fără precedent, imprecizie, aparențele sau realități cu valoare doar locală, riscă să inducă sensul medical al psihiatriei, neînțelegeri și erori. Neacordarea atenției cuvenite în psihiatria contemporană a unor multiple semnificații ale socialului, ca referință și dimensiune a personalității și relațiilor sale privind sănătatea în expresia sa psihocomportamentală, pare a fi la fel de insuficientă ca și ignorarea condiției de sănătate ca expresie funcțională și de complexe relații biomedicale. Insuficiența clarificării de concept a dus la programe, modele de lucru și prognoze eronate într-o lume cu evidente surse de informații și preocupare față de sănătatea și destinul său de viață. Conceptele de igienă mentală și sănătate mentală, ca și altele de: psihoprofilaxie, psihiatrie preventivă, psihiatrie socială, comunitară, sociopsihiatrie, exprimă aceste preocupări ce se dezvoltă în condiții și perioade de timp ce le explică existența și rostul lor.

Fiecare din comentariile făcute dețin și caracterul de certe referințe asupra unor experiențe și orientări ale psihiatriei din ultimele decenii, sau mai recente. După cum se constată însă, se acordă psihiatriei o sporită și uneori supraliminară valoare în relațiile dintre persoane, grupe de populație sau societate. Prin funcționarea sa condiție antropologică și referința de valoare subiec-

tivată, într-o lume programată, și laică să risce să polarizeze unele atribute sau speranțe ce depășesc limitele sale medicale. Ca dezvoltare în timpul istoric medicalizarea bolnavului mental a fost tardivă, iar apoi în limite consacrate ale spitalului de psihiatrie, mai întâi de tip aziliar și segregat, și mai actual, cu o mai generoasă deschidere. În lumea modernă, psihiatriei i se recunoaște atributul de a fi în societate, cu rolul de a identifica medical riscurile cât și modalitatea de intervenție ce pot ameliora sau restabili starea mentală și sociabilitatea la dimensiunea persoanei, a grupului și a populației. Înțelegerea ce o acordăm psihiatriei contemporane ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială, a fost cercetată și expusă în lucrări de referință privind fundamentarea conceptului și a competențelor actuale.

Demersul psihiatriei contemporane este marcat de clasificarea mutațiilor dintre sisteme structural ierarhizate în interacțiunea dintre organism, persoană și societate. Durata și temporalitatea acestor sisteme unitare ale condiției umane operează cu valoare de paradigme, cu precizări de obiect și relație, cum poate fi de exemplu cazul raportului dintre psihologie și sociologie.

Socialul este o categorie supraordonată individului, ca și pluralității sale. El are o dimensiune și o continuitate ce se proiectează nu numai în succesiune și istoric, dar și în realitatea existenței prin structura sa subiectivă raportată la dinamica modelelor de suprastructură. Astfel, sensurile de referință ale socialului pot fi generale sau în particularitatea unor aspecte. Semnificația sa poate cuprinde formațiile sociale și dinamica lor, tipuri de colectivitate și grupuri umane, instituții sociale din diferite grupuri și colectivități ale populației, procese de stabilitate, mobilitate sau devianță socială. Sociologia a dezvoltat pentru fiecare din aceste dimensiuni și competența teoriei a structurilor și teoria transformărilor sociale, alături de altele, dispunând fiecare de un cadru național, ipoteze de cercetare și modele explicative. În aria sa de studii și acțiuni se regăsesc statutele unor raporturi sau relații sociale, cât și structurile socio-culturale, și axiologice cu proiecția lor subiectivă în ontologia personalității. Aceste distincte și complexe elemente înțeluse ca factori sociali, au configurat în psihiatria

actuală suportul conceptual și metodologic al unor competențe medicale raționale, numite medico-sociale, de psihiatrie socială sau expertală. În orice caz se atribuie acestei dimensiuni medicale multiple implicații reciproce, cu factori sociali în cercetarea comportamentului persoanei, al grupurilor și al tipurilor de comunicații. Dimensiunea medicală cuprinde condițiile unor dinamici ce privesc mutațiile, dezintegrarea, devianța sau dezvoltarea acestor factori. De fapt aceste aspecte difuzează în multiple competențe ce aparțin psihiatriei contemporane. Ele se pot referi la relații diferite, de model interdisciplinar de la genetica umană, neurofiziologie, psihologie medicală, psihofarmacologie și altele încă ce dețin în ansamblul lor un concept medical unitar prin referința esențială la boala mentală ca fenomen existențial, la destinul bolnavului, sau al celor invalidați prin patologia mentală.

În această intrareșere de structuri și relații devin inerent necesare analiza și intervențiile complementare, cu profilul și gradul lor de competență, în cadrul unor atribute fundamentale medicale ale psihiatriei. Nu ne poate fi deci indiferentă precizarea de sens a unor concepte și activități ce privesc multiplele implicații ale socialului în psihiatrie și în formele asistenței sale medicale. Ele aparțin unor inițiative și evoluții justificate și necesare, care au dus în unele situații cunoscute la exagerări sau erori. Stim de exemplu despre dezvoltarea profilaxiei din igiena publică, prin care Edouard Toulouse a creat termenul de profilaxie mentală, ca apoi Clifford Beers și Adolf Mayer, în Statele Unite, să dea curs termenului de „Mental Hygiene”. De la conceptul medical al lui Sivadon și Buchéne se ajunge însă de către Cloutier, la o disciplină nouă, o sociologie a omului în legătură cu problemele vieții. Seria experimentelor de la o absolută „medicalizare” a bolii mentale și pînă la contestarea psihiatriei, furnizează suficiente exemple din etape relativ recente de timp. La fel termenul de psihiatrie în comunitate, deseori utilizat și ca psihiatrie comunitară, se știe a fi fost creat în Anglia ca un model de acțiune a programelor de sănătate mentală. Într-o țară cu inițiativa și autonomia așezărilor, fie ele urbane sau alt tip, spitalul de psihiatrie fiindu-le subordonat, preia în mod firesc întreaga problemă a stării de sănătate psihică, după particularitățile sale, urgente sau posibilități mai extinse. Acest mod de acțiune nu este în conflict cu serviciile sociale ale autorităților locale. O asemenea tendință a fost elaborată și în

asistența de sector (sectorizare) aplicată de spitalul de psihiatrie în unele țări cum ar fi Franța.

În Statele Unite, în special după publicarea în 1961, a „Acțiunii în favoarea sănătății mentale” (Action for Mental Health) se exprimă o amplă preocupare de extindere a centrelor de sănătate mentală (cu toate consecințele privind structura funcțională a acestora), cu limitarea uneori până la subordonare a spitalului de psihiatrie și plasarea lui la nivelul spitalului general. Centrele de sănătate mentală, după reglementările federale, pot fi constituite numai dacă întrunesc următoarele lo servicii: spitalizări pe toată durata zilei, spitalizări pe durata parțială a zilei, dispensare și consultații externe, servicii de consultație și educație pentru organisme ale comunității și lucrători sociali, servicii de urgență, servicii de readaptare, servicii de diagnostic, servicii de pre- și postcură, servicii de formare (instruire), servicii de cercetare.

Aspectele puse în discuție le prezentăm pentru a semnala tendința generală și progresivă de a lua în considerare importanța factorilor sociali în starea de sănătate mentală a populației. Enumerarea unor termeni folosiți în acest sens poate avea utilizări diferite și nu pare lămuritoare pentru conceptul însăși de psihiatrie socială. În observația din Leighton se constată caracterul heterogen al acestui concept în Statele Unite, în timp ce tradiția din Marea Britanie, și în alte zone din Europa, este mult mai pragmatică. La fel putem constata în lucrările bine cunoscute asupra psihiatriei sociale orientări în mod evident neunitare și în consecință cu proiecte și posibilități acționale diferite, dacă nu ar fi decât să ne referim la conceptul sociologic al lui Bastide, cel axiologic al lui Baruk sau extinderea heterogenă a lui Dissertori și exemplele pot lua o amplă continuare. Este deci cazul să reexaminăm realitățile noastre și fără a enunța ordonate rigide, unele elemente constatative și actuale atenționează asupra sensului medical al psihiatriei, prin conceptul și modalitățile sale de asistență.

Aplicarea corectă și extinderea generală a acțiunilor de prevenție, postcură, dispensarizare și reabilitare în cazurile imbolnavirilor mentale, implică convingerea unei firești aplicări a metodologiilor și asistența ambulatorie, psiho-profilactică și populațională. Extinderea și diversificarea unor modalități instituționale medicale în asistența psihiatriei poate deveni viabilă prin relațiile comunitare, grupe de populație participante la proiecte și acțiuni de să-

nătate mentală și de inițiativele cooperante ale pacienților însăși.

Relațiile, diversitatea și mobilitatea factorilor sociali în lumea contemporană, cu riscurile și potențialitățile lor sanogene conferă populației dreptul și co interesarea la valorile stării sale de sănătate, ceea ce explică de fapt inițiativa și participarea la ceea ce psihiatria intervine prin cercetarea și asistența competenței sale medicale. Competențele medicale ale psihiatriei nu pot rămâne segregate doar la formele lor schematic instituționale, după cum numai inițiativele de grup populațional nu pot înlocui competența medicală, constatativă și de prognoză asupra stării de sănătate mentală.

Din această realitate decurge marea diversitate a acțiunilor comunitare, în conceptul medical general al psihiatriei actuale. Articularea și ierarhizarea în cadrul acestui concept a unor variate competențe sugerează cu necesitatea specializării medicale (fizioterapeuți, defectologi, psihoterapeuți și psihologi, sociologi, asistenți sociali ș.a.) ce și-au însușit conceptul și metodologiile asistenței psihiatrice la toate referințele sale. Unele din aceste referințe dețin o particulară actualitate în lumea noastră și parțial nici nu au fost distinct atribuite asistenței psihiatrice. Astfel psihiatria în dimensiunea socialului se regăsește competent în problematica familiei și conjugopatiilor, în particularitățile unei psihopatologii relaționale a unor categorii de vîrste, în problematica hetero și autoagresivității inclusiv a suicidului, a alcoolismului și toxicomaniilor, a delinvenței patologice, ca și încă a unor alte aspecte psihopatologice.

Sînt cunoscute în lumea modernă relațiile interpersonale și de grup în cadrul raportului de muncă, mobilitatea unor condiții de experiență indusă de multiple situații ce pot institui transferul și migrația unor grupe de populații cu efectele adaptării, transmiterii sau segregării. La fel unele consecințe, frustrante economice, sociale sau morale, ca și reacțiile induse de violența unor factori naturali și fizici pot institui un mod primar sau agravant sindroame psihopatologice a căror asistență medicală alături de modalitățile clinice solicită întotdeauna multiple și complexe intervenții din domeniul psihiatriei sociale. Proiectul acestor variante și chiar schimbătoare aspecte decurge din criteriologia proprie psihiatriei contemporane, a cărei directă participare la sănătatea mentală fundamentează concepte și metodologii

mereu perfectibile față de reacțiile comunitare și cu directa lor coparticipare. Cadrul acestei dinamici de sănătate mentală realizează de fapt autonomia și responsabilitatea inițiativei ca element esențial al unui program de asistență în procesualitatea bolilor psihice.

PSIHOPATOLOGIA CONDUITELOR AGRESIVE

Referințe clinice și relaționale în psihopatologia conduite - lor agresive. Agresivitatea poate fi considerată ca fenomen general al speciei cu forme și manifestări particulare viabilității sale caracteristice. În condiții umane ea se poate exprima sub forme diferite, deseori aparente și potențial convertite, după cum ea poate deține particularități individuale, ca și cele induse reciproc, în situații de grup sau cu extindere colectivă.

Contribuțiile la această temă cu siguranță sînt ample și numeroase, după cum preocuparea și studiul rămîn de o continuă actualitate, ceea ce semnalează particularitățile comportale și dinamica lor diferită față de nivelul aspirațiilor și motivația lor ca modalitate de afirmare a personalității.

Orice opțiune generală, sau de concept general, poate constitui puncte de plecare verificabile, fără a se putea substitui repetabil unor realități comportamentale ce întrețin propria lor interacțiune și cea a destinului devenirii lor.

În psihiatrie, a trata agresivitatea se poate cerceta, în funcție de locul pe care aceasta îl ocupă în organizarea patologică și îndeosebi în forme sau elaborare ca trecere la act, cu consecințele lui. În orice raport de analiză și apoi de cercetare și cu o estimare de prognoză, se poate aprecia condiția strictă și individuală cu raportul sau relațional a fiecărei conduite și factorialitatea sa distinctă a gradientului de agresivitate.

Analiza clinică a putut oferi o asemenea referință, sau un semnal de deschidere problematică pentru psihopatologia medicală și relațională.

Dimensiunea psihopatologică în raportul clinic este cuprinsă toare pentru demersul longitudinal al personalității, dar și al in-

cidenței secvențiale, sau orizontale, în analiza sa biomedicală, supusă unor variabile de riscuri și dezvoltări psihocomportamentale. Prin condiția genetică și ontologică a organizării psihocomportamentale, deseori supusă unor subtile și mai dificile identificări, sintem datorii însă, prin evidente cercetări, să explorăm caracterul relațional al constituirii unei evoluții psihopatologice cu extinse și multiple grade de dominanță individuale și de grup, sau chiar de relații colective. În orice caz o cercetare sobră, lipsită de prejudecăți și mereu supusă unor verificabile examinări poate semnala mutațiile actuale ale vieții noastre, cu particularități diferite unor relații de comunicare sau cu tendințele lor dominante și riscuri patogene încă insuficient precizate.

Limitele medicale și cele ale psihiatriei sînt în mod necesar constituite din relații noi și complexe, în care raportul inerent subiectivat conferă realității existențiale dimensiunea proprie devenirii sale. Reperele unor tendințe exprimate uneori prin dominanța stereotipă a unor modele psihocomportamentale pot să influențeze, dorit sau intenționat, aspecte încă insuficient stabilite.

Observația clinică deține valoarea unui stoc important de constatări validate de criterii medicale, dar uneori incert semnificate în unele stări psihopatologice cum pot fi cele de debut sau chiar de dezvoltări invalidante și defective, tolerate și ignorate în relațiile comunitare de viață. Orice criteriu de validare în aceste condiții ia în considerare gradul de apreciere și risc al unor factori patogen semnificabili în contextul tematic al unei psihopatologii sociale, ca expresie predominant individuală și de grup. Ca patologie individuală cu dimensiuni relaționale și socială pot fi exemplificate sinuciderea, crimele omucidare, narcomaniile, alcoolismul, prostituția și altele. Ca patologii de grup pot fi alăturate de exemplu: dezorganizarea relației familiale și conjugopatiile, delicto-agresivitatea organizată, discriminarea etnică, rasială și confesională, ca și cea organizată prin opinii dominante și autoritate de sistem extremist sau totalitar.

Între aceste criterii de cercetare și studiu al unor aspecte psihopatologice individuale și cele privind funcția și relațiile de grup există o necesară corespondență, ca și grade de apreciere uneori insuficient de arbitrar stabilite. În analiza și cuprinderea acestor aspecte apar necesare distincții și particularități, dar și raporturi ce dau extindere psihiatriei actuale unui cuprins dinamic

insuficient și previzibil, dar care poate oferi anticipări alternative.

Aspectele agresivității în limitele și precizarea psihiatriei extind astfel problematica complexă a unor configurații de atitudini, opțiuni și decizii cît și unor direcționări subiective ce aparțin nivelului diferit de aspirații și afirmare.

Persoana, grupul sau tipul de comunitate constituită, sînt implicate inerent în forme de instituții față de care se poate stabili condiția de integrare, opoziție, devianță, poziție de marginalizare sau atitudinea de rol și statut ca nivel de participare la un sistem însușit de valori.

În raportul individual sau de grup, în relația clinică și cea de cuprindere comunitară, sau cea de valoare socială, ne referim în mod permanent la un criteriu comensurabil de apreciere și valoare pe care îl instituie sau dezvoltă agresivitatea umană în diferite forme, sub explicita înțelegere a categoriei de devianță.

Starea de sănătate mentală și particularitățile patologice ale conduitelor psihocomportamentale. Deosebirea și limitele dintre normalitate și boală au fost exprimate prin atitudini și convingeri elaborate istoric de comunități și arii de cultură, înainte de a deveni obiectul predilect de cercetare al medicinei. Ca orice atitudini structurate în timp, cu o puternică captare emoțională și direcționare a conduitelor de relații, ele persistă și difuză în comportamentul motivat de parametrii existenței contemporane, în toată diversitatea particularităților sale socio-culturale.

Criteriile de referință asupra stării funcționale a organismului și comportamentului uman, în raport de progresul cunoștințelor, au devenit mai ample și complexe pînă la sesizarea dificultăților și a unor identități în tranșarea univocă a limitelor dintre normal și patologic. Astfel, în precizarea unor concepte apare necesitatea ordănării criteriilor de referință, ca expresie a cumulului de observație și informații care direcționează intervenția medicală spre un scop propus, ca model realizabil.

Normalitatea, în reprezentarea cea mai curentă se referă la o normă, stabilită, propusă sau identificată în variabilele unei mulțimi. Normalitatea conturată statistic a operat și operează încă la nivelul analizei organismului, înfățișării și comportamentului unei persoane, fiind inițial un criteriu empiric, de comparare și enunț

selectiv primar. Criteriul statistic al unor parametri izolați, fără corelarea lor la funcția de sistem, prin informația sa cantitativă, seconvențională și statică a oferit delimitări tranșante, deseori utile unei orientări pragmatice, dar fără capacitatea epuizării unor întregi categorii de realități, habituale, endemice sau epidemice. Acest fapt este valabil și în perspectiva organo-funcțională a persoanei, cit și în cea a comportamentului de relație.

Criteriul statistic într-o astfel de utilizare elementară a putut opera într-o finalizare ideală, prin reprezentarea sintetică a normei, ca normalitate înscrisă într-un model abstract și schema-tic, ca reprezentare general valabilă prin care se cataloghează o îndelungată istorie a folosirii sale. S-a ajuns deseori la riscurile inexactității sau deformările induse de ignorarea dinamicii variabilelor, a analizei corelative sau a altor coordonate ale realității decât a celei constituite prin informația în mod necuprinzător deținută.

Capacitatea de inducție a acestui model prin simplitatea și siguranța sa, s-a putut impune ca habititudine în convingeri, conduite și atitudini prin care delimitările se operează fără înfrângeri, cu distincție liniară dintre civilizat și barbar, frumos și urât, bun și rău, normal (cu adeziunea acceptării) și patologic (cu rejectarea segregară). Anamneza acestui model ne permite să identificăm sursele sale primare comunitare, dar și permanente modificări a conținutului în succesiunea de model, ce întrețin de fapt moda de epocă, ca opțiune colectivă a propriului său model.

Medicina, în istoria vindecării bolilor, a acționat consecvent asupra unui model în care norma s-a identificat cu sănătatea, iar opusul ei, boala, a constituit obiectul de intervenție în speranța vindecării sau uneori a segregării sale prin convingerea prezervării modelului de normalitate.

Boala psihică, îndeosebi în formele sale evident manifeste a fost întotdeauna recepționată de grupul comunitar, care a sancționat bolnavul ca o înstrăinare de model sau normă de comportament și l-a plasat în afara comunicării înșurate sau în mod comun înțelese. Destinul său a fost însă diferit prin semnificația valorilor de cultură ale societății. În unele societăți el a fost preluat de circuitul valorilor de mit și cultură. Normalitatea în consecință, chiar dedusă prin intuiția statistică nu a fost pretutindeni și întot-

deauna acceptată ca boală sau obiect al intervenției de vindecare, sensul ei fiind vehiculat de valorile de cultură și instituțiile din structura societății. Într-un anume sens continuă și astăzi reflexiunea asupra semnificației excepției de la norma prin clasificarea sau relația dintre genialitate și anomalie mentală. Totuși, sănătatea și boala sînt concepte fundamentale ale medicinei, prin care operează elaborarea clinică curativistă și cea epidemiologico-profilactică. Modelul lor conceptual supus analizei matematice în baza înregistrării și prelucrării statistice se orientează către reglarea reciprocă a unor parametri menținuți la o valoare cât mai apropiată de nivelele unor stări funcționale, dincolo de care se înscriu grade și calități de invalidare, pînă la anularea capacităților funcționale sau vitale ale unei persoane sau a sistemului ei de relație. Conceptele de sănătate și boală, fără a-și anula limitele, devin complexe și multimodale prin analiza reglării parametrilor lor funcționali în cadrul unui sistem deschis, integral și în continuare, cu toate atributele ființei umane (comportamental, cu retroacțiuni, ierarhizat, informațional, dinamic, antientropic, evolutiv).

Sănătatea și boala sînt realități existențiale supuse analizei și identificării și din acest punct de vedere ele se constituie obiectiv în modele de detaliată precizare, prin care se exercită progresul intervenției medicale.

Caracterul lor complex și multimodal decurge dintr-un conținut particular, subiectiv, al persoanei și sistemului ambiantal într-o relație elaborată de valori structurate în convingeri, obiceiuri, atitudini și instituții care se proiectează în perspectiva conștiinței de sine prin comunicare cu alții.

Sensul antropologic al unor realități existente, ca starea de sănătate și cea de boală, constituie modelul unitar al persoanei și ambianței prin care se constituie un tip distinct de comunicare, o referință conceptuală și operațională integrată criteriilor medicale în toate secvențele lor de intervenție.

În mod distinct psihiatria cercetează și intervine în starea de boală mentală și destinul celui invalidant de aceasta. Psihiatria este o disciplină medicală integrativă, antropologică și socială. Din etapa cînd alienația s-a identificat cu boala mentală, observația, raționamentul analitic și probațiunea experimentală au instrumentat funcția medicală prin care s-au elaborat apoi criteriile

generale explicative. Prin caracterul de concretă referință asupra persoanei și personalității, asupra comportamentului de relație interumană, cît și a interacțiunii acesteia cu sistemul ambiental, psihiatria s-a dezvoltat prin conținutul antropologic și social, delimitîndu-și unitatea și competența în teoria și practica asistenței medicale.

Conceptiile asupra devianței ca reacții patologice la schimbările socio-ambientale aparțin unor contribuții clasice, psihosociologice antropoculturale și au contribuit la dezvoltarea teoriei și evoluției schimbărilor sociale. Unele dintre conflicte pot avea astfel un caracter temporar și limitat, dar sensul variabil al unor tendințe se realizează prin creșterea unor funcții și relații de dependență comună prin care se constituie și reciprocul lanț de solidaritate umană. Supraordonarea socialului față de condiția individuală servește sau influențează impulsurile asociate, iar conflictele și schimbările economice și chiar cele rapide reclamă în mod temporar o devaluare a acestor mecanisme. Procesul sistematic de instituire a raporturilor individuale față de evoluția procesului general se dezvoltă după trebuințele și aspirațiile fiecăruia. Regresul economic urmează degradării nivelului de aspirații și nevoi. Raportul dintre oameni și relații se dezechilibrează, iar noile standarde nu se pot schimba de pe o zi pe alta.

Astfel, de tendințe, denumite anomiche, corespund teoriei lui Merton, care nu s-a limitat numai la efectele anomiche în cazul suicidului, dar la extinde și la toate formele generale de exprimare ale unor devianțe.

Acelaș fenomen ar corespunde și progresului cu rapide și extensiva aspirație neîngrădită limitărilor avute pînă la acea etapă.

Psihiatria actuală se implică în studiul și cercetarea sa, încă de la sfîrșitul secolului 19, dezvoltînd conceptul de „patologie socială”, după cum semnala C.W. Mills.

Cu toate impreciziile ce decurg din demersul complex și conjunctural al dinamicii relațiilor umane agresivitatea pînă la originea și dezvoltarea a ontologică deține cu evidentă expresia socializării sale, la limită deseori de la valoare și motivație de simbol, ca semn și direcționare constantă (și neanulată) a nivelului propriu al conștiinței de sine. Pulsivitatea condiției sale exis-

tențiale, de la aceleași surse gregare ce aparțin sexualității, siguranței de viață, a foamei, a reacțiilor de protecție și atac se elaborează ca agresivitate, cu modalități diferite și grade de exprimare comună condiției umane.

Dominată reactiv, prin sursele sale filogenetice ca reacție de apărare intraspecifică odată cu umanizarea procesului său ontogenetic, agresivitatea se particularizează ca trăsătură și achiziție individuală, predominant anticipativă și prin situații supraliminare, sau cu motivații patologice, se declanșează reactiv și faptic, ca violență hetero sau autodistructivă.

Răprezentarea stării de sănătate în accepțiunea normalității ca stare de sănătate mentală, față de boală și accepțiunea sa de alienație, sau patologie mentală, devin operante prin criteriile întotdeauna complexe, relaționale și perfectibile prin gradul lor de validitate.

În general, numeroase opțiuni se pot referi la obiectivitatea unor fenomene ale vieții sociale într-un mod asemănător de înțelegere și analiză ce aparține tuturor fenomenelor vieții și ale structurii sale organice. Prin analogie cu structura și funcționarea organismului, se poate defini „norma” ca stare sau raport de sănătate și în consecință față de aceasta se operează prin comparație și distincție prin conceptul general de „boală”. Starea „defectivă” apare astfel ca o dereglare în raportul condiției de socializare prin factori multipli, morali și psihici, după cum starea de „dependență” se adresează incapacității de achiziție instructivă a normativității, iar starea infracțională sau de „delincvență” decurge din rejectarea socializării. Sensul și conotațiile oferite în raportul dintre normalitate și boală nu cuprind după aceste opinii precizările medicale cu particularitățile lor morfo structurale și dețin un aspect general funcțional sau relațional, ca mod de exprimare al unor condiții și dezvoltări comunitare în lumea noastră contemporană. În aceeași direcție și în nevoia unor precizări, se operează cu noțiunea de „devianță” ca aspecte ale patologiei conduitelor distructive sau autodistructive ce privesc viața, sănătatea și sentimentul valoric al personalității în atitudinile față de sine și alții.

Conflictul în sine, ca valoare dinamogenă a comportamentului uman, nu este patologic și patogen decît în măsura în care provoacă și întreține violența, după cum lipsa conflictelor poate deveni

patogenă dacă provoacă intense conduite autodistructive. Cuprinderea și înțelegerea acestor aspecte și mutații dinamice privește particularitățile, structura și extensiunea conduitelor patologice și în legătură de acestea, a condițiilor și relațiilor patologice. Procesul se referă nu numai la persoane, la relațiile interpersonale, dar și la tipuri de instituții, la sistemul lor de funcționare ce nu corespunde sau în general nu este acceptat unor valori ce aparțin unui mod comunitar (sau solidar) de existență și afirmare.

Actualitatea tematică a conduitelor agresive cuprinde dimensiunea și gradul de înțelegere pe care-l acordăm devianței, ca stare deosebită de sănătate mentală ce o atribuim și psihiatriei contemporane ca un episistem medical integrativ, antropologic și social.

Devianța constituie astfel una din sursele implicate și semnificative ale conduitelor agresive. Potențialitatea sau violența acestor conduite decurge din diverse situații sau relații ce se instituie ca devianțe, dar aceasta se precizează prin proiecția medicală a psihiatriei și a criteriilor sale de asistență clinică și relațională. Uneori poate fi mai evident și cu siguranță constatat, caracterul organic al unor patologii deteriorative ce privesc o persoană și relația sa invalidantă a capacității sale față de sine însăși, cât și al comunicării valorice cu alții. Devianța devine însă o apreciere diferit constatată la o stare de deficite structurale sau stabilite funcțional la o infirmitate și invalidare a capacității mentale. Fără a ne adresa la o astfel de categorii de situații patologice nu se poate diferenția caracterul heteroclit al stărilor și relațiilor deviante, cu ponderea și implicațiile lor patologice pentru sănătatea mentală a unei persoane și grupului de funcționare ce-i aparține.

Exprimarea și tipologia devianței cuprinde aspectele psihocomportamentale ontologice sau patobiografice ale unei personalități, caracterul lor durabil și constant sau numai situațional și psihoreactiv pasager.

Psihopatologia clinică prin analiza sa medicală înțelege devianța ca o „anormalitate” față de relațiile sale funcționale și de viață, sau în diferite precizări și opinii ca: abnormă, disarmonică și disociabilă, personalitate accentuată, sociopată, ca tulburare de comportament, anomică, dar încă alături de altele precizate în același model dimensional și se extinde implicit asupra

unor relații de grup, cu particularități distincte de funcționare într-un ansamblu socio-comportamental.

Revenind asupra conduitelor agresive, a caracterului lor complex și al devianței ca sursă potențială a acestor conduite, este firesc să nu ometem atributul desori implicat de psihiatria sensului ce se acordă și unor categorii numite ca: marginale, subdezvoltare și subcultură, insuficiență și carență informațională ca și alți numeroși factori materiali, culturali și morali ce acționează asupra nivelului și proiecției sănătății mentale.

Mobilitatea și gradul general și caracteristic nivelului de organizare și funcționare interumană se referă în semnificație medicală la concepte generale numite în ansamblul lor, ca dezorganizare, perturbare sau patologie socială. Sensul multimodal al acestui concept este interdisciplinar, dar competențe pentru cercetare și asistență în psihiatrie deține în mod firesc doar limitele lor medicale și criteriile lor de validare. Înțelegem în acest sens analiza clinică medicală a disciplinelor sale componente și specializate cât și a tuturor celor cuprinse ca dimensiune medico-socială în particularitățile acestor discipline medicale (ca de exemplu: psihiatria socială, gerontologia socială, sexologia socială).

În egală măsură ele se includ și se alătură aspectelor medicale, dar și altor discipline ce se aplică științelor sociale, discipline a căror cunoștințe privesc activitatea unei persoane (individ) înțeleasă ca membru al unui grup sau ca organism și formație interumană.

Contribuțiile aduse, ca și punctele de vedere foarte diferite asupra acestor concepte, exprimă o evidentă tendință de actualitate a interrelațiilor ce constituie dimensiunea socialului.

Dezorganizarea socială se referă la numeroși factori, la ansamblul lor și la acțiunea și influența predominantă a unora dintre aceștia.

Teoriile diferite ce acordă semnificația dezorganizării sociale devin relevante pentru conduitele agresive umane, dar sub raportul lor valoric exprimă și definesc atitudinile deviante ca și riscul lor patogen.

Unele din aceste teorii iau în considerație retardarea culturală datorită dezvoltării și expansiunii științifice și tehnice, altele privesc societatea modernă industrială și post industrială

Această societate, în avansul ei rămâne formalizată sau lipsită de funcționarea și structurile sale interumane ceea ce realizează alte nevoi și aspirații, cu alte relații motivate moral și material.

Apropiat acestor direcții dezorganizarea socială este cercetată, în dinamica conflictului în raportul și competiția dintre valorile bazale ale funcționării umane. Nu putem epuiza de altfel toate opțiunile teoretice, dar multe dintre acestea contribuie, prin aspectele ce le precizează, să dezvăluie mobilitatea și tendințele lumii noastre contemporane. Agresivitatea umană prin multiplele ei aspecte denunță conflictul valorilor, dar și generalizarea unor motivații particulare relațiilor noi de viață. Astfel se enunță impactul interpersonal la condiții și nivelul de extindere sau chiar de generalizare al unor relații funcționale prin care nu mai devin posibile atributele caracteristice unui grup sau comunitate umană.

Particularități patologice ale conduitelor agresive. Generalizarea informațională, importanța masmediei nivelată comportamental și atitudinile stradale influențate de conflictualitate și frustratii, de standardele pragmatismului dominat de violențe și plafonarea și subnivalarea valorică de proiect și aspirații, pot constitui sursele numeroase și variate ale unei psihopatologii comportamentale, în lumea noastră actuală.

Dezvoltarea și progresul spectacular al tehnicii, ca și beneficiile incontestabile aduse vieții și civilizației, dau însă în mod constant și previzibil efecte negative ecologice, după cum în mod evident pot provoca acțiuni destructive, provocate de violențe individuale sau colectivă ajutate de perfecționarea tehnicii, până la dimensiunea unor severe calamități. Orice adolescent, orice femeie sau bărbat cînd dispune de o armă tehnică poate amplifica reacțiile sale de frustrare și violență până la consecințe neprevizibile și destructive pentru persoane sau victime chiar cu totul indiferente și nediscriminate. Actele de agresiune, ca și cele de terorism și până la deturnările de trafic rutier și aerian fac parte din instabilitatea severă a riscurilor noastre de fiecare zi. Dar constatăm tensiunea și îngrijorarea ce implică extinderea agresivității și violențele în nebănuite proporții de victimizare și uneori față de valori irecuperabile. Exterminarea de proporții nebănuite a unor ființe umane devine posibilă în rela-

țiile actuale, fără chiar a unui act agresiv considerat în sine ca conduită de acest fel. Apare posibilitatea și riscul fără a săvîrși acte de violență fizică atribuite în mod distinct unei persoane. Astfel, fără a se stabili nici o legătură de cunoaștere sau contacte directe se poate acționa asupra unor alte persoane, prin acțiuni agresive teroriste sau războinice prin intermediul unor tehnici prezente, biologice, toxice, electronice și termionucleare. Orice contacte interpersonale dispar în fuziunea anonimatului și iau locul conflictelor și frustrațiilor animate poate de insecuritate, gelozii și angoase, naționalisme prin complexe de inferioritate sau superioritate, toate ce potențiază exploziile de violențe, care se pot evidenția atât individual, dar și cu extensiune colectivă.

Conflictele, prin aportul lor interpersonal sau cel intercomunitar, sînt factori necesari și dinamogeni de transformări și substituiri necesare unor stagnări stereotipe și lipsite de dinamism și viabilitate.

Violența în limitele conflictelor devine însă depășită de dominanța acțiunilor reactive, de ordin primar sau la diferite grade de complexitate. Expresia sa faptică sau potențialul gestant al conflictelor violente întreține ura ca devianță de înțelegere și reprezentare a unui blocaj psihologic și informațional, cu reproducere stereotipe de obiceiuri. În acest fel ura devine programată ca expresie a sinelui față de toți, cu implozia pulsională de insațietate cum sînt foamea sau sexualitatea, ce se deslănțuie prin compensații deviante și paroxisme fără a dispune de anticipație spre stabilizarea unor modele și valori ce-și găsesc încă condițiile de viață. Putem doar calcula, în limitele previzibilului, efectele unor conduite agresive individuale și poate chiar colective, prin impactele brutale sau mutațiile a căror consecințe generalizează violența ca un mod particular de atitudine și viață. Unele constatări psihosociologice se referă la motivația unor conduite și acțiuni ce aparțin unor nevoi bazale față de configurațiile diferite și particulare ale lumii noastre moderne. Astfel nevoia de identitate a pricării condiții umane s-a realizat și se afirmă prin atitudinea contrarie de acceptare a anonimatului. În lumea noastră, fiecare persoană aspiră să se valorizeze și poate accede la nevoie excesivă conferă fiecăruia destinul propriei sale existen-

te. O altă nevoie psihocomportamentală poate lua în considerare stabilirea permanentă a stimulării ca formă contrară a indiferenței, ca expresie dezangajată a intereselor și atoniei de atitudine. B-a și descris de altfel exersifiul agresivității ca lipsă de preocupare și extravaganță a plictiselii.

Mobilul și direcționarea conduitelor este cu siguranță dificilă și complexă, dar startifică unele trăsături mai caracteristice sistemului modern de viață. Din aceste trăsături fundamentale nevoia de securitate se confirmă cu o constantă a vieții individuale, dar și a unor relații comunitare. Opusul ei apare în tensiunea panice și a angoasei, ca proiecție durabilă a fricii față de sine și de ceilalți. Violenta și agresivitatea în numeroasele sale forme de exprimare umane nu se poate limita doar la cazurile patologice individuale dar și la situațiile extinse de victimizare intențională, activă, cu acțiuni elastice și distructive identificate.

În relațiile noastre ce acceptă cadrul medical al conduitelor agresive, se anunță și aspectul patogen prin care se implică docilitatea individuală și de grup, prin ordonarea unor ființe ne-cunoscute sau anonime. Ele pot fi expuse unor impacte tehnice, economice, ecologice, demografice și psihosociale. Dar nu putem omite și semnala climatul psihocomportamental sesizabil al unor tendințe generale în mutațiile lumii noastre, prin care unele consecințe pot întreține potențiale riscuri pentru relațiile de viață și starea de sănătate mentală previzibilă. Docilitatea poate părea doar trăsătură de comportament, dar intercon condiționarea comunitară prin oc oportun de nevoi pragmatice, prin autoritate și însușirea repetată unor modele neconcordante subiectivate, dezvoltă frustrații și exaltarea reactivă dominant situațională.

Mutațiile lumii noastre actuale sînt proiecția de ansamblu vieții, a progreselor și riscurilor imediate dar și de durată, a particularităților diferite de acțiunea și reacțiunea la nevoile și aspirațiile oamenilor. A existat peate mult prea optimistă conștiința de orgoliu a lumii contemporane cînd a apreciat civilizația ca o nestăvilită performanță a unor culminante depășiri. Dar al puțin secolul nostru nu poate fi în ascensiunea istoriei un secol blînd și tolerant. Unii îl consideră poate cel mai sîlbaș al umanității, cel al victimelor eliminate, al agresivității războaielor și terorismului, al urii și crimei organizate, al intoleranței

și exceselor față de viață și natură. Conduitele agresive dețin dominanța preocupărilor noastre medicale, fără a putea fi ignorate sau omise cele ce sînt relaționate psihopatologic și victimologic. Instabilitatea lumii noastre se proiectează în relațiile și conduitele umane în răsturnările politice, juridice, socio-economice ale oamenilor, la condiția morală de precară coeziuni.

În milenara elaborare a creșterii noastre s-au instituit formele de comunicare directă prin intermediul grupelor mici sau extinse, după cum s-au constituit colectivități prin relații directe sau mediate, iar în prezent comunicarea și informarea devine accesibilă și extinsă. Comprehensiunea și alteritatea participării umane însă se olivează și atomizează însingurarea personalității cu dislocarea unor modele arhetipale alienate. Urbanizarea și supradimensionarea sa, inegalitatea intervențiilor tehnice și a exploataării unor noi relații post industriale sau condiția tehnocratică marchează inegalabile contraste și mari mutații dintre nivele de conduită, aspirații și ritmuri de viață.

Se fac în continuare constatări și relații despre habitatul urban și bolile mentale, despre zone expuse unor riscuri patologice extrem de diferite de la o zonă geografică la alta, aglomerări prin migrație internă ce aparține unor alte obiceiuri deși mai deosebită apare migrația din alte zone, ce pot aparține aceluiași particularități etnice, diferențe confesionale sau de altă natură. Aglomerarea deja cunoscută unor zone urbane este din ce în ce mai solicitată de migrație economică, confesională sau etnică, cu maladaptări și conflicte, cu dezadaptări și însingurarea personalității. Stările depresive, reacțiile delirante, nevrozile, alcoolismul și în general narcomaniile, delincvența juvenilă, tulburările de comportament, agresivitatea conduitelor, criminalitatea, divorțialitatea și conjugopatiile, toate confluează în perturbarea stării de sănătate mentală și a ritmului contorsionat de existențele vieții.

Analiza detaliată a acestor aspecte poate dezvălui sursele și consecințele medicale ale unor patologii psihocomportamentale clinice și relaționale. Apar însă și alte aspecte constatative fără consecințe de calamitate brutală a condițiilor noastre de viață.

Procesele demografice dețin intervenții relativ imediate sau previzibile în dinamica comportamentală a unor populații. Nu le putem nici cuprinde și nu le putem analiza pe toate. Familia

restrinsă deține aspecte relativ caracteristice pentru personalitatea psihocomportamentală și socială a copilului deseori unic. Sănătatea de viață a fost întotdeauna mai mare în familiile numerice, iar copilul unic și relația sa familială deseori a fost considerată o anxioasă confruntare de riscuri în dezvoltarea și afirmarea personalității infancto-juvenile. Restrângerea limitată a grupului familial, absorbția mamei în prestația profesională, pragmatizarea precoce a dezvoltării copilului cu întârzierea maturizării unor conduite și atitudini în adolescență, contribuie, alături de alte caracteristici actuale, la profilul psihocomportamental demografic. Se accentuează divergențele până la conflicte a raporturilor dintre generații, a căror diferențe se diminuează, ca și tendința de segregare a persoanelor în vîrstele înaintate ce contribuie la evidenta scădere a coeziunii socio-umane, cu dezafectarea unor înțelegeri, de intoleranță și exacerbare egofilă ca introducerea în calea conflictelor și a violenței.

Relațiile umane, supuse unor mutații alerte asupra evenimentelor ce proiectează mecanisme extrem de complexe, biomedicale, atitudinale și socio-comportamentale sînt poate greu de anticipat, dar la gradul nostru de semnalare și înțelegere aparțin prevederile evitării previzibile pentru promovarea viabilă a existenței și naturii noastre.

Conduitele agresive și proiectiile psihiatriei umanitare.

Psihiatria în cercetarea și asistența sa medicală și-a extins competențele și proiectele de anticipare ce fac în continuare limitele sale previzibile, nerepetate până în prezent la dimensiunile schimbărilor și ritmurile condiției noastre umane. Interproiecția în natura și viața oamenilor stabilește relații homeostazice sensibile prin acțiuni și intervenții la care au contribuit activ performanțele structurilor novatoare, dar și ale unor riscuri și consecințe ce nu întotdeauna devin cunoscute.

În această generală interproiecție de diviziune a cunoștințelor se încadrează și toate aspectele ce privesc, sau cuprind sensul actual al psihiatriei ca studiu și acțiune a stării de sănătate, mentală, a bolilor psihice și al destinului celor ce se găsesc în aceste condiții. Registrul acestor cunoștințe și acțiuni se amplifică prin necesara perfecționare și hiperspecializare până la semnificație și limitele competențelor previzibile ale psihiatriei. Ast-

nimic nu pare prioritar și exclusiv din substanțialitatea și funcționarea condiției noastre umane, Funciara noastră condiție antropologică fixează agresivității originea ontogenetică a instintelor gregare de foame, sexualitate și viabilitate la grade proprii de ierarhizare și anticipație. Particularitățile individuale și comune care dau reacțiilor comportamentale instinctivo-genetice palierul elaborat al unor motivații și atitudini extrem de diferite, de imitație, identificare, autoimaginea sinelui și a raportului cu alții până la gradientele valorice ale conștiinței sau capacității de sine. Aceste însușiri bazale ale ființei umane de a reacționa, de a acționa și proiecte cu anticipații instituie modelul propriu și evenimential de interpretare al replicilor sale. Astfel conduitele agresive de la valoarea lor psihocomportamentală, de la formele devianțe și până la cele patologice destrucțurate și alianate întreg în lumea noastră actualitatea unor implicații și consecințe ce aparțin direct psihiatriei, a cercetării și asistenței sale medicale. Aspectele ce se înscriu competenței noastre semnalizează însă și particularități atitudinale, prin modele de comportament și obiceiuri elaborate în ritmul și însușirile de viață ale raportului comunitar, al condițiilor de viață și aspirații, al adeziunii la valorile naturii și vieții noastre. Nici una din laturile comunicării și acțiunii umane nu poate ignora valoarea psihologică sau riscul patogen ce exprimă atitudinile față de sine și gradul de înțelegere și responsabilitate față de alții. Psihiatria contemporană și cea a aspectelor sale psihopatologice relaționale prin extensiunea neomisibilă a conduitelor agresive, ale aspectelor lor actuale și ale unor modalități de asistență și prevenție ce promovează sensul valorilor umanitare.

Dincolo de constatări și prognoze se afirmă cu pregnanță preocuparea față de condiția morală și etică a personalității umane în proiecția sa individuală sau de grup și colectivitate. Performanțele posibile și realizabile științifice și tehnice dețin nu deseori consecințe greu de recuperat pentru natură și viață. Se poate astfel constata nu numai fireasca pragmatizare a vieții lor, înecosebi mercantilizarea la limitele egofile și intoleranță față de alții.

În acest sens orice proiect poate aparține unor posibile opțiuni, cu alternative credibile unui grad de convenabilitate, din

care decurg și atitudinile unor relații comunitare ca acțiune necesară și firească a evitării riscurilor patologice stabilite prin cercetarea stării de sănătate mentală. Aceste riscuri patologice durabile, corosive și numeroase înlănțuiri psihocomportamentale și morale grevează sever condiția și valorile lumii noastre actuale. Diagnosticul în dimensiunea sesizabilă a unei psihopatologii relaționale, are forma perturbării unor dezorganizări sociocomportamentale, identifică modificările generale ale unor atitudini și conduite ce se proiectează în dinamica stării de sănătate mentală și în egală măsură cu particulizarea distinctă biomedicală în contextul intervenției clinice. În contextul actual al unei psihopatologii relaționale referința clinică rămâne cu siguranță influențată de intervenția și beneficiul terapeutic, întotdeauna susținută de gradul de înțelegere și participarea psihoprotectivă a atitudinii comunitare.

Conduitele agresive delimitează o categorie distinctă în patologia clinică a psihiatriei, factorialitatea lor ține de incidența unor episoade paroxistice sau unor agravări repetabile, periodice, sau influențate de stări organice sau situaționale defavorabile. Nu putem separa aspectele denumite „nonpatologice” sau considerate strict medicale, de toate celelalte conduite în numeroasele lor forme și motivații ce exprimă agresivitatea, ca mod general de comunicare, condiția umană și natura lor de existență. Sursele lor de declanșare factologică și consecințele lor patologice configurează problematica patologiei sociale, a raporturilor generale interumane în civilizația noastră, pentru care aceasta s-a definit deseori în termenul de „boli ale civilizației”.

Destinul acestor devianțe și riscuri explicit raportate la conduitele agresive implică responsabilitatea condiției medicale și o particulară participare a psihiatriei actuale în promovarea sănătății mentale. Psihiatria ca disciplină medicală și servitute permanentă dispune de o bază condiție a proiecției subiective a personalității, a conduitelor și a atitudinilor individuale, cât și a comunicării interpersonale, ca reacții și acțiuni ce aparțin realității existenței, în nivelul tradițiilor și al aspirațiilor sale. La acest nivel de responsabilitate a psihiatriei actuale ne referim la factorii de risc socio-comportamentali cum sînt relațiile de ecosistem familial, conduitele agresive, auto și heteroagresive, depen-

dențele toxicomane, criminalitatea, segregarea raporturilor interpersonale prin instabilitatea vieții, totalitarismul etnic, confesional sau rasial, izolarea personalității spre comunicarea sa și coeziune umană și în general la aspirațiile condiției morale și materiale ce îndreptățesc valorile civilizației noastre.

Psihiatria umanitară se instituie ca un criteriu operant și previzibil al asistenței stării de sănătate mentală a populației, prin dezvoltarea necesară a propriei stări de conștiință, a semnărilor riscurilor ce grevează și perturbă coeziunea și participarea relațiilor comunitare.

Conduitele agresive confluiază multimodal spre o realitate socio-comportamentală cu potențial sau expresive forme patologice. Modelul lor de asistență în psihiatria actuală se referă la formele de tratament ce aparțin psihopatologiei clinice, dar și a celor ce aparțin unei psihopatologii relaționale prin care se ajunge la suferințe somato-psihice și comportamentale sau în final la forme psihotice și alienante. Extinderea acestor competențe ale psihiatriei se adresează înțelegerii unei condiții umanitare, prin sesizarea în consecință a condiției subiective față de boală și consecințele psihopatologice față de perturbarea unor raporturi subiective față de sine și ceilalți. Nu putem articula performanțele tehnicilor medicale, exploratorii sau terapeutice, fără suportul moral, psihoprotectiv și compensator al unor motivații ce contribuie la promovarea valorilor existențiale. Psihiatria este poate singura disciplină medicală care prinde natura motivațiilor și a conduitelor sale explorează și asistă condiția subiectivă a ființei umane, a gradului său de devianță și pînă la alienația înstrăinării cu sine.

Semnificația etică și consistența umanitară în această condiție este un exercițiu profesional și tehnic însă implicat într-o nedezmîntită valoare umană, cu ampla disponibilitate de înțelegere, cu previzibile prognoze de destin și viabilitate. Modelul unei asemenea asistențe în psihiatrie este în mod structural novator, prin implicarea prioritară a relațiilor comunitare și necesitatea conjugată a unor activități interdisciplinare ce servesc și contribuie la statuarea stării de sănătate mentală a populației.

În demersul și constatările epidemiologiei și ecologiei psihiatrice difuziunea factorilor de risc deține o semnificație multirelațională, sociocomportamentală și biomedicală ce confirmă

convergențele necesare în reglajul medical al reabilitării la nivelul individual și al relațiilor sale de grup existențial.

Conduitele agresive analizează în acest sens aspectele actuale în psihiatrie și resursele modale ca și alternativele lor necesare în proiecția stării de sănătate mentală a lumii noastre contemporane.

COORDONATE SI PERSPECTIVE IN ASISTENTA PSIHATRICA POPULATIONALA

Coordonatele, ca și perspectivele asistenței psihiatrice sînt expresia nivelului general de dezvoltare al medicinei și progreselor sale, ca și a nivelului de cultură în ceea ce privește conștiința despre valoarea sănătății mentale a unei populații. Prioritățile, mijloacele și obiectivele asistenței psihiatrice pentru o aceeași perioadă de timp pot fi diferite, deși alăturarea critică a unor experiențe tinde în prezent să proiecteze modele care să corespundă unor caracteristici ale lumii noastre contemporane. S-a configurat astfel tendința de a găsi și elabora mai ample și mai corecte precizări a ceea ce semnifică boala mentală. Difuziunea acestor semnificații a dimensionat noi relații care depășesc constatarea directă și vizibilă a unor manifestări psihocomportamentale evident anormale. Cînd aceste manifestări interveneau neașteptat perturbînd niște relații acceptate, firești sau tolerate li se atribuia înțelesul de stadiu acut al unei suferințe mentale ceea ce în considerația modernă a medicinei a contribuit la dezvoltarea consultului și tratamentului individual în cadrul unui raport direct medic și pacient. În egală măsură caracterul trenant al unor manifestări psihopatologice, care instituiau grade de pericolozitate prin risc comportamental în acest sens, au promovat tradiționala constituire a spitalului de psihiatrie, cu o consistență durată de funcționare azilară.

Polaritatea acestor forme de asistență a întreținut dispute critice care străbat trecutul asistenței bolnavului mental, în limitele unor etape și particularități culturale cu semnificația și valoarea care a fost atribuită acestei patologii. Proiecția acestor opinii poate încă deține grade de persistență, fiind totuși convingătoare.

tor dominată de convingeri statuate de alte realități induse de mutațiile și exigențele lumii noastre contemporane. În acest sens, un raport O.M.S. care analizează unele principii ale legislațiilor lor, din numeroase țări semnalează orientarea lor din ultimele decenii, de la esențiala preocupare de a asigura protecția comunitară la permeabilitatea sistemului de admisie și externare din spital, ca expresie a atenției ce se acordă procesului de tratament medical și reabilitare. Însăși evoluția terminologiei adoptate atestă acest fapt, astfel în țările anglofone termenul „insanity” și „lunacy” a fost înlocuit de „mental illness” și „mental disease”, după cum în Franța, deși rămâne în vigoare o veche legislație (din 1838), termenul de „aliénés” este înlocuit de cel de „malades mentaux”, după cum în țările hispanofone „enfermos mentales” devine înlocuit de „aliendos”, iar folosirea denumirii în toate limbile de „azil de alienați” este înlocuită prin denumirea de spital de psihiatrie. Această terminologie acceptată de legislațiile moderne, departe de a fi doar un exercițiu lexical, consemnează evoluția unor concepte fundamentale de realități ce conferă asistenței psihiatrice funcțiile și statutul ei actual. Dintre coordonatele care au direcționat această evoluție considerăm expresivă preocuparea pentru studiul sistemelor relaționale în care apare și se desfășoară patologia mentală, sistemul relațional care-și pot defini sursele, extensiunea, particularitățile procesuale ca și tendințele de evoluție. Datarea exactă și în timp a acestei evoluții ar putea fi coroborată cu cercetările care au examinat boala și bolnavul mental prin referința la sursele sale în relațiile ambientale sau la consecințele ei asupra acestor relații după cum în alt cadru orientările unor cercetări s-au fixat asupra modelului caracteristic prin care se manifestă stările psihopatologice în raport de unele atitudini și conduite acceptate ca expresie pentru reacțiile psihocomportamentale într-un grup populațional. Asemenea observații și direcții de cercetare au fost promovate de mișcarea unor grupuri populaționale, de instituirea unor moduri de viață caracteristice dezvoltării urbane, a concentrărilor din zonele industrializate, cât și a unor numeroase situații existențiale ce decurg din aceste mutații. În mod firesc sînte, îndreptățiți a considera progresul, în aceste condiții, a cunoștințelor despre ecologia și sistemele ei, despre epidemiologia bolilor transmisibile și apoi a unora netransmisibile, despre psihosociologia unor relații de grup, ca și despre alte domenii ce se

referă la problematica unor comportamente populaționale, drept elemente constitutive ale unor coordonate, în care s-au dezvoltat conceptele despre starea de sănătate mentală. Însăși orientarea către această problemă arată căutarea înțelegerii unor dimensiuni care exprimă de fapt conceptele medicinei preventive și recuperatorii ca nevență indispensabilă unei intervenții terapeutice. Se mai adaugă cu siguranță și ceea ce constatăm a se institui cu o evidentă pregnanță, ca solicitare de amplă necesitate într-o din ce în ce mai extinsă arie de aplicații și anume: solicitarea de apreciere a gradului de validitate mentală și psihocomportamentală, ca și stabilirea unor compatibilități ce decurg din aceasta pentru activități specifice sau diferențiate.

Generalizarea învățămîntului și atenția acordată activităților de psihopedagogie, atenția acordată unor cit mai corecte orientări către profilul caracteristic unor relații din producția de valori, validarea compatibilității pentru prestații selective și de performanță, ca și complexe aspecte din sistemul asigurărilor sociale sau a normativității interrelațiilor umane, constituie doar o schematică exemplificare a implicațiilor expertale și de asistență psihiatrică în problematica vieții din lumea contemporană. În această prezentare de situații ne pare deplin justificată extensiunea de cercetare și orientări aplicative ale psihiatrului cu sporirea potențialului de preocupări pentru domeniul sănătății mentale. La aceasta, după cum se semnalează, au contribuit precizările unor cunoștințe despre motivația și factorialitatea unor tulburări mentale și psihocomportamentale cum ar fi în unele cazuri etiologia lor virală sau toxică, rolul endorfinelor, factorii de risc genetic, precum și progresele psihofarmacologiei și a studiului privind complexa reglare a comportamentului și a sistemului personalității.

Se poate astfel constata afirmația unei opțiuni generale pentru promovarea sănătății mentale, ca intervenție medicală necesară stării de sănătate la nivel populațional. În acest sens se elaborează modele perfectibile de cuprindere a unor variate și complexe stări de relații patologice care nu constituiau în trecut competențe medicale sau psihiatrice și care configurează acum unele domenii de cercetare și asistență interdisciplinară. Nu se pot omite în egală măsură particularitățile și riscul comportamental în invalidările mentale sau unele incapacități psi-

hologice induse de mutații existențiale.

Pentru perspectivele previzibile se precizează progrese în identificarea surselor și procesualității constituirii unor boli mentale, ca și a modalităților de intervenție terapeutică, dar în ansamblul de relații care privesc starea de sănătate a populației se apreciază o amplă potențialitate de dezvoltare a preocupărilor pentru promovarea sănătății mentale, și, în această direcție, a formelor sale de asistență populațională.

Conceptul de sănătate mentală poate fi definit sau elaborat printr-o referință diferită, care în același timp exprimă și variate posibilități de înțelegere și de utilizare a sensului său. Într-un mod general și elementar sănătatea mentală poate semnifica absența totală a tulburărilor mentale determinate, clasabile, și acceptate ca atare. Această opțiune poate fi considerată operațională doar în măsura în care o evidență a asistenței medicale acordată ar elimina toate cazurile cu tulburări mentale, ceea ce nu poate oferi o suficientă și reală informare asupra prevalenței bolilor psihice.

Sănătatea mentală și acțiunile capabile de a o promova prevăd într-un alt sens valorizarea întregului potențial de afirmare al personalității, îndeosebi a acelor capacități care fiind neasistate mențin insuficiențele cu progresiva lor constituire în forme și grade de handicap. Această dinamică apreciere a stării de validitate, boală sau proces de reabilitare este mai fidelă tendințelor actuale și a celor de perspectivă ale asistenței psihiatrice populaționale.

Nu putem omite și o altă dimensiune a stării de sănătate mentală și anume cea exprimată prin capacitatea de promovare a unor relații echilibrate dintre persoană și ambianță, dintre starea de echilibru al propriului eu și autentică relație cu subiectivitatea altora. Relația activă de participare la comunicare reciprocă cu ambianța, prin exprimarea întregului potențial de afirmare și creativitate, reprezintă și sensul medical al continuului proces integrativ al personalității la dinamismul structurii mutațiilor socio-culturale ale civilizației noastre contemporane.

Conceptul de sănătate mentală, ca și exemplul folosit privind unele precizări asupra bolii mentale din legislația actuală sînt referințe care pot contribui la configurarea mai expresivă a rolului asistenței psihiatrice, rol exprimat prin redefinirea obiectului psihiatriei și în consecință a coordonatelor și limitelor interven-

ției sale de competență.

În prezent pare aproape fărească prezentarea la diferite forme ale asistenței psihiatrice în situații subiective de disconfort, care influențează relațiile de viață, ca și în situațiile discomportamentale, pasagere sau durabile induse predominant de factori biosomatici sau ecologici, alături de procesualitățile unor disoluții psihice și a deficitelor prin nedezvoltarea sau regresia mentală.

Această variantă psihopatologie ca expresivitate, motivație și gravitație deține o permanentă referință relațională, caracteristică stării generale de sănătate și mod de existență al unei populații. Ea este medical analizată prin studiul factorilor de risc al îmbolnăvirilor prin gradul de rezistență față de aceștia ca și prin tendințele de răspîndire, prin sensibilitatea față de acțiunile terapeutice, profilactice și recuperatorii, prin prognoza consecințelor sau a riscurilor asupra întregului sistem de factori ce motivează structura personalității și condițiile sale de afirmare. Aceste dimensiuni ale unor competențe eminamente medicale decurg din semnificația actuală a psihiatriei de a fi, după opinia noastră o disciplină medicală integrativă, antropologică și socială al cărei obiect de cercetare și asistență este starea de sănătate mentală cu toate particularitățile sale de devianță și boală, ca și destinul celor invalidați în capacitatea psihocomportamentală a relațiilor lor de viață. O asemenea problematică fundamentală și cuprinsă de limitele competenței medicale întrevade o distribuție dinamică de obiective, cu o egală variabilitate de modele de menținere și asistență a căror esențială direcționare se face prin particularitățile caracteristice ale stării de sănătate a populației. În acest sens pot deține o pondere prioritară eforturile de realizare a unei asistențe clinice sau ambulatorii, a unor direcții de intervenții profilactice în farmacodependență și narcomanii, a unor direcții de asistență privind unele aspecte de risc în psihopatologia relațională privind familia, adolescența, disponibilitățile integrative specifice de grup, sau uneori consecințele psihocomportamentale secundare unor factori evenimențiali ce privesc cu precădere starea de sănătate mentală și generală a unei populații.

După opinia noastră, enunțarea fie numai exemplificativă a unor asemenea coordonate și perspective în asistența psihiatrică populațională evidențiază trăsăturile realiste de necesitate și afi-

iciență pentru promovarea sănătății mentale, în care se plasează înțelegerea proceselor de sănătate și boală la nivelul cunoștințelor noastre actuale despre acestea. Prin direcționarea menționată se pot optimiza cercetările asupra personalității și a structurii multidimensionale, ca permanentă referință la interrelațiile valorice ale vieții. În acest sens orientarea asistenței către problematica populațională constituie modalitatea distinctă de identificare a unei tipologii psihocomportamentale, față de care se pot proiecta programe diferențiate de asistență cu o mai oportună și eficientă intervenție asupra a ceea ce denumim destitul celor invalidați de boli mentale.

Orientarea către asistența psihiatrică populațională semnifică în același timp medicalizarea condiției de spitalizare prin valoarea explorărilor și a tratamentului, prin capacitatea de stabilire a diagnosticului și proiectarea modalităților de intervenții profilactice sau de reabilitare în însăși relațiile de viață, cu potențialul lor patogen și sanogen.

Tradiționala polarizare a asistenței în forma clinică și de ambulator devine din ce în ce mai pregnant expresia sistemului general de protecție a stării de sănătate, cu multiple interrelații funcționale și expertale care devin competențe medicale și psihiatrice.

Prin caracterul dinamic și adaptat nevoilor, modalitățile de asistență staționară se diferențiază în servicii teritoriale ce programe și atribuții diferențiate putând funcționa ca spitale de psihiatrie, secții de specialitate integrate în spitalul general, preventorii, servicii de zi, servicii de asistență și reabilitare a cazurilor de îmbolnăviri cu evoluție prelungită, servicii de asistență profilată cum ar fi cele pentru narcomanii sau alte profile de tratament și reabilitare psihocomportamentală. Toate aceste modalități de asistență, în modelul unor forme de spitalizare, dețin o comunicare funcțională și nesegregată de viață și relațiile grupului de apartenență, al relațiilor ce susțin proiectul de reabilitare al formelor de handicap. În acest proiect se inseră extrem de variate modalități de asistență, tradițional cuprinse în formele denumite de asistență ambulatorie. Tipul lor de organizare și funcționare poate fi diferit, dar direcțiile de orientare ale acestor forme de asistență desăvîșesc programe de evidență și intervenții profilactice în toate situațiile de risc com-

portamentale patologic, de la prevenția riscului autolitic și până la intervențiile în stările conjugopate și disociabilități induse de factori ambientali sau biomedicali. În egală măsură tipul acestor forme de asistență poate fi profilat pentru îndrumarea tratamentului, evaluări prin examene periodice, îndrumarea unor relații de grup, alături de activități de constantă și necesară dezvoltare a cercetărilor epidemiologice, prin folosirea informațiilor ce decurg din evaluările stării generale de sănătate. Extinderea descriptivă a acestor modele de asistență poate folosi încă numeroase exemplificări care confirmă de fapt caracterul dinamic al asistenței psihiatrice, sensul său de adresabilitate populațională, articularea printr-o problemă ce-i aparține ca domeniu de cercetare și intervenție, cu programul general de asistență medicală și protecție a sănătății. În proiectia acestor aspecte asistența psihiatrică se implică în toate relațiile de viață care pot capacita promovarea sănătății mentale și care realizează sursele și direcțiile de cercetare a ceea ce semnifică activitatea psihică, formele sale dedeviate și de structurare patologică, care privesc personalitatea și sistemele sale relaționale de existență.

REFER DE TERMENI UTILIZATI IN PSIHANALIZA

Orientarea psihanalitică în psihopatologie, atât de mult cunoscută în literatura medicală din ultimile decenii, considerăm a fi totuși necesară ca explicație de concept și metodologie tuturor celor interesați în formarea unei pregătiri medicale privind studiul și asistența bolilor mentale. Indiferent de opiniile critice sau aprobatoare asupra fondului conceptual al psihanalizei rămâne totuși necesară înțelegerea unui terminologii proprii care să permită corectarea și utilizarea unor noțiuni distinse ce aparțin acestei orientări. În acest sens, considerăm utilă explicarea concisă a înțelesului unui set de termeni ce dețin o valoare aproape consacrată în comentariul din acest punct de vedere al unor stări psihopatologice.

ABISAL (abysal): termen referitor la nivele profunde, inconștientie ale persoanei (Tiefenpsychologie). Unele tehnici psihanalitice le pot „proiecta, revela”: artterapia, psihodrama, analiza simptomelor nevrotice, a actelor ratate, a viselor.

ABREACTIE (Abreaktion, abreagieren): descărcare emoțională care eliberează un efect legat de un eveniment traumatic și care are un efect catartice, prin reintegrarea amintirii-traumă în câmpul conștiinței.

ABSURD (Unsinn, Unvernunft): situație, acțiune, modalitate de expresie cu un conținut inadecvat anxiologic față de criteriile admise; căutarea absurdului poate fi considerată o dovadă de agresivitate.

ACT IMPULSIV (Triebhandlung): descărcarea psihometrie bruscă ce exprimă eliberarea de sub controlul cenzurii.

ACT RATAT (Fehlhandlungen, Fehlleistungen, verfehlte Tat): act al cărui rezultat vizat explicit nu este atins fiind înlocuit cu

lapsuri (Verschprechen, Vergessen, Verschreiben); confuzii minore, întârziate frecvent în viața cotidiană; este considerat un compromis sau o opoziție între intenția conștientă de a-l realiza și cea inconștientă, refuțată. Inconștientul se exteriorizează și încearcă prin lapsuri, vise, simptome (Ausserungen des Unbewusstes) să-și satisfacă dorințele; spre o armonie între Eu și Sine.

ACTIVITATE FANTASMATICA (das Phantasieren): activitate creatoare a imaginației a cărei rezultat îl reprezintă fantasmalele existenței categorii (modalități innăscute de reprezentare -Kategorien der Phantasietätigkeit).

APECT (Affekt, Gemütbewegung): stare emoțională primară, neconștientă pozitivă sau negativă, manifestată în comportament sub forma unor descărcări sau ca tonalități generale.

AMINTIRE ECRAN (Deckerinnerung): amintire din copilărie caracterizată pe de o parte printr-un caracter minor al conținutului și pe de altă parte printr-o deosebită pregnanță și persistentă. Amintirea ecran (de acoperire) ia naștere din conflictul dintre tendința de reamintire fidelă bazată pe importanța trăirii care ia dat naștere și rezistența care se opune reamintirii acestei trăiri. În acest proces deplasarea joacă un rol esențial; întrucât nici una din tendințe nu o poate anula pe cealaltă, rezultatul este un compromis. Conținutul amintirii ecran nu redă trăirea care a provocat-o, el conține într-o stare psihică legată intim cu trăirea refuțată; s-ar putea să nici nu existe amintiri din copilărie, ci doar amintiri referitoare la copilărie.

Amintirile ecran adună un mare număr de stări psihice reale sau de fantasme, putând fi pozitive sau negative, retrospective sau prospective.

ANALIZA ESENTIALA (Daseinanalyse): metodă prin care se încearcă descrierea și înțelegerea structurală a tulburărilor psihopatologice prin analiza anamnezei bolnavului, a elementelor esențiale a existenței acestuia. Are ca obiective: cunoașterea traumatismelor psihopatogene, rememorarea complexelor, integrarea elementelor izolate și eliberarea energiei consacrate refuțării. Se recomandă actualizarea și rezolvarea conflictelor, întărirea eului și reducerea tensiunii; metoda presupune neutralitate epistemologică.

ANALIZA SALEATICA (wilde Analyse): psihanaliza amatorului care nu s-a supus unei pregătiri didactice prealabile.

ANGOASA (Angst): fenomen ancestral filoontogenetic, reacție a lui puternic resimțită, frică fără obiect, avînd la origine sentimentul morții, pierderea sau separarea de obiectul iubit (Verlust des liebten objectes) ca de exemplu Mama originară, teama de pierderea integrității corporale, din sentimentul de vinovăție originară (Schuldgefühl): „Angst ist Daseinangst”. Apare prin transformări ale acumularilor de tensiuni psihice în acumularea libidoului care va amenința.

Eu-l producînd nevroză fobică (fobii de școală, animale) sau manifestări somatice sub forma bolilor (simptomelor) psihosomatice. acțiunile pot fi acute (panica, pavor nocturn), episodice, cronice sub forma unui sentiment permanent de frică de așteptare sau față de schimbări de situație. Angoasa ca și anxietatea, calitativ diferite sînt (Erlebnisse).

Frica (Furcht -real Angst): se referă la lucruri și situații concrete.

ANIMA, ANIMUS: arhetipuri complementare feminin și respectiv masculin conținute în inconștientul bărbatului și femeii, bazate ancestral pe imaginea părinților de sex opus. Imaginea maternă produce.

Anima din inconștientul fiului care va proiecta în Sine ceea ce femeie care corespunde imaginii sale virtuale, colective asupra sexului feminin. Anima este legată de conceptul de Persona ca imagine reală construită în timp în funcție de mediul social, ea continuă în fapt dorința a ceea ce ar vrea să fie individul în realitate. Tatăl este modelul unei Persona, protector față de mediul extern,

în timp ce mama protejează față de pericolele „interne”, imprecise. Anima este sursa dispozițiilor și capriciilor, iar Animus cea a „piniilor”; aceste arhetipuri acționează ca funcții psihice anti-sociale, la bărbat Anima și la femeie, Animus. Arhetipul Animus la femeie determină intervenția arhetipului Anima la bărbat, ambele pot proiectate spre partenerul de sex opus. Echilibrul psihic se realizează ca funcție de Eu, Anima, Persona.

ARHETIP (Urbild-Archetyp): termen care desemnează conținuturi specifice ale inconștientului colectiv, imagini universale, modele ori-ginare, innăscute de reprezentare. Fundamentul psihic universal de natură suprapersonală, prezent în fiecare individ este inconștientul co-

lectiv (C.G. Jung). Arhetipurile sînt conținute în inconștientul colectiv, fiind prezent și în miturile popoarelor: Mama cea Mare, Mare Înțelept, Eroul, Zeul-copil; apar înainte de structura conștiinței individuale și devin conștiente cînd intră în concordanță cu realitatea concretă. Principalul arhetip este cel al Eului care printr-un proces evolutiv denumit individuație tinde să se realizeze.

ASIMILARE (Angleichung): identificarea individului, asimilarea Eului propriu cu un Eu străin, eventual un părinte, educator.

ASOCIAȚII LIBERE (freie Associationen): metodă fundamentală în psihanaliză utilizînd tehnica asociațiilor libere de idei, (nu se omite absolut nimic), în scopul descoperirii cauzalității și finalității unor simptome.

AUTOANALIZA (Selbstanalyse): psihanaliza didactică (Lehranalyse) a specialistului care practică metode de psihanaliză; aceasta impune „Seelische Normalität und Korrektheit”.

BARIERA-TENTATIE (Schranke-Beabsichtigung): sistem defensiv psihic utilizat împotriva unor tentații morale inacceptabile (incest)

BENEFICIU PRIMAR (erstes Gewinn): refugiu în boală prin mecanisme patologice de apărare a Eului; tinde spre diminuarea tensiunii psihice.

BISEXUALITATE (Bisexualität): orice ființă umană este dotată constituțional cu disponibilități sexuale masculine și feminine care se manifestă în conflictele legate de asumarea sexului de către fiecare individ.

BRAVURA (Tapferkeit): mecanism de apărare a Eului prin motivație negativă care duce la refuz (ex. ascetismul ca apărare împotriva exceselor de senzualitate).

CATARSIS (Katharsis): defulare, descărcare și eliberare cu rol purificator prin exteriorizarea conflictului (Brauer).

CENZURA (Zensur): funcție de reglare a echilibrului între plăcere și neplăcere prin interzicerea excesului dorințelor inconștiente către pre-conștient și conștient; pe această funcție se bazează defularea.

COMPENSARE (Kompensation): mecanism de apărare a Eului prin

contrabalansarea unor deficiențe, nerealizări, insatisfacții. Se poate compensa sentimentul de inferioritate, care poate avea un sens pozitiv prin dezvoltarea unor trăsături morale favorabile, un sens pasiv prin reverii, visare și un sens negativ prin tendință la agresivitate.

COMPLEX (Komplexe): ansamblu de reprezentări (autonomes In-halte des Unbewussten), sentimente, amintiri cu valori afective parțial sau total inconștiente, trăiri personale pe un fond afectiv intens declanșate de relații interumane conflictuale cu caracter frustrant.

Complexele reprezintă o sursă de motivații inconștiente, care nerezolvate pot avea efecte negative; originea complexelor se găsește în copilărie, bazată pe o trăire intensă centrală pe o idee sau situație frustrantă. Complexele pot fi clasificate (C. Baudouin) în:

1. complexe obiectuale: (complexul lui Cain, al lui Oedip, sadio-anal (de distrucție) spectacular;
2. complexe ale Eului: (complexul de inferioritate (Minderwertigkeit), complexul de castrare (mutilare), complexul Diana, complexul Clitemnestrei, complexul de destin;
3. complexe ale atitudinală: complexul de servaj, complexul retragerii.

Complexul de inferioritate s-ar dată constrîngerilor adultului asupra copilului, care le interpretează ca o manifestare gratuită datorită unui raport fizic de inferioritate, masculinitate, fiind eventual eliberarea de complexul de inferioritate. Acest complex afect poate fi resimțit sub forma unei înecapacități care să ducă la introspecție și abandon.

Complexul de castrare este centrat în jurul fantasmelor castrării ca răspuns la problema reprezentată pentru copil de diferențele anatomice dintre sexe: băiatul se teme de castrare, ea amenințarea paternală, datorită activităților sale sexuale nepermise. La fată, este resimțit ca un prejudiciu adus și pe care încearcă să-l neghe sau să-l compenseze, avînd un comportament revendicativ sau exagerat (complexul Dianei).

Complexul Oedip (Oedipus Komplex) este un complex ca ansamblu organizat, „amestec de sentimente de ură și dragoste resimțit față de părinți”. În forma „pozitivă” apare asemănător situației din tragedia Oedipiană, iar în forma „negativă” situația este inversată. Complexul Oedip poate fi în legătură cu complexul de castrare prin

funcția sa prohibitivă sau normativă. Fantasma castrării este regăsită în simboluri, înlocuirea organului amenințat cu alt organ; actul castrării poate fi înlocuit deformat prin alte agresii asupra integrității corporale sau psihice (v. sexualitate). Tatăl poate fi substituit prin alte fantasme: animal îngrozitor, ființe terifiante.

COMPULSIUNE (Kompulsion, Zwang): forță internă de constrîngere care impune un comportament care contrazice total convingerile proprii. Ideile, acțiunile, comportamentul, au caracter compulsional, dacă nerealizarea lor, ca mecanism de apărare a Eului, antrenează o creștere a angoaselor. Actele compulsive sînt stereotipe, formale cu aspect ritual.

În nevroza obsesională ar exista o constrîngere a subiectului să gîndească și să acționeze printr-o conduită impulsivă illogică, fapt de care subiectului îi este teamă, compulsiune de repetiție (Wiederholungszwang): nevroză de destin (Schicksalzwang).

CONDENSARE (Kondensieren): acumulare într-un act comportamental a unor sensuri inconștiente, sumarea mai multor asociații într-o singură reprezentare.

CONFLICT INTERN (inneres Konflikt): între nevoia de satisfacție a dorinței și cel de securitate; între pulsațiile binelui și mecanismele de apărare a Eului există exigențe contrarii; adversitatea între tendințe care crează o stare de tensiune între conștient și inconștient, între introversiune și extroversiune, poate crea un conflict nevrotic.

CONȘTIINȚA (Bewusstsein): sinteză a întregii activități a creierului; are o dublă compunere (doppeltes Wissen-double conscience) Conștient-Inconștient (Bewusstsein-Unbewusste). În concepția freudiană este reprezentată de sistemul percepție-conștiință (WBW: Wahrnehmung-Bewusstsein). Preconștientul (VBW: Vorbewusst) se află în relație cu sistemul WBW; inconștientul comunică cu ambele. Inconștientul și preconștientul se opun prin mecanismul de refulare, care are loc sub presiunea sistemului WBW (v. Eu, Inconștient-Preconștient, Refulare. Sine).

Conștientizarea (Ich-bewusstsein) este o metodă prin care bolnavul devine conștient de semnificația simptomelor sale prin convînzarea (Underreden) psihanalitică. Defularea readuce în conștient dorințele și pulsațiile refulate fiind de fapt conștientizare.

CONTRAINVESTITIE (Contrainvestition): utilizarea energiei libere sustrasă reprezentărilor refulate, dezinvestită; utilizată pentru menținerea refulării prin contrainvestirea ei în alte reprezentări care pot fi opuse pulsiei refulate.

DEFECT DE BAZA (grundlegender Defekt): „cicatrici” psihice rezultate din discrepanțe trăite sub forma unui traumatism și dorințele și posibilitățile din copilăria timpurie, ca și în neîmplinirile inevitabile de personalitate, pe care le lasă, sau în frustrațiile măsurate din aceste traume.

DEFORMARE ONIRICA (Traumgestaltung): rezultat al elaborării visului, conferă visului un caracter neinteligibil; este o consecință a cenzurii exercitată de Eu și Supraeu.

DENEGARE (Verneigung): mecanism de apărare bazat pe negarea faptului că gândurile, dorințele îi aparțin subiectului; tăgăduia la unei dorințe.

DEPLASARE (Verschiebung): mecanism de apărare care rezidă dintr-o relativă dependență a afectului psihic față de reprezentarea căruia îi este asociat; el se poate disocia de acesta și ataca de o altă care aparține aceluiași lanț asociativ. Ea poate fi descoperită în vis: deplasarea de la o reprezentare către alta, poate rezolva conflictul.

DRAGOSTE PRIMARA (primäre Liebe): se referă la conținutul emoțional al relațiilor originare dintre sugar și mediu (mamă, sîn) ca o relație, condiție pe care copilul se bazează ca și cum aceasta ar fi făcută pentru ca să îl satisfacă, exigențele acestuia fiind total ignorate.

ELABORAREA VISULUI (Traumarbeit): dacă visul este considerat „realizarea simbolică a unei dorințe refulate”, elaborarea visului reprezintă transformarea conținutului sau latent (latente Traumgedanken). Instigatorii la vis (Traumarrger), sînt stimulii corporali, dorințele latente, amintirile diurne în visul manifest, înregistrat de conștiință. Scopul elaborării este de a împiedica pulsunile inconștiente, sexuale și agresive, condamnate de Supraeu, să tulbure somnul.

Visul își poate atinge scopul, realizează deghizat, censurat de Eu o dorință refulată, prin condensare, deplasare, dramatizare și elaborare secundară în reverii.

EU (ego, das Ich): instanța, organizare complexă care structurează funcțiile psihice asigurînd împreună cu Sinele, medierea optimizării relațiilor cu lumea; la nivelul Eului individul se separă de specie.

Eu-l este centrat în jurul conștiinței, înglobînd preconștientul; reprezintă funcția de comandă și control a activității psihice. Dacă preconștientul este forma organizată a Sinelui, o conștiință latentă, avînd concomitent o latură inconștientă, Eu-l este într-un continuu dialog cu Sinele din care se formează sub influența realității, încercînd să-l controleze, sînt într-o relație compensatoare. Evoluază în etape, fiind la început un „Ich libido” - „Körper ich” care maturizat, controlează Sinele și tinde către un „Ideal ich”.

Sarcina sa principală este autoconservarea; pentru aceasta el cunoaște lumea, trăiește experiența și acționează pe baza lor asupra lumii, căutînd o mediere în funcție de nevoile sale, testează realitatea, diferențierea realității psihice față de realitatea obiectivă, fiind guvernată în întregime de principiul realității. Coerența interioară a Eului se realizează prin limbaj; pentru conflicte acute dispune de mecanisme de apărare inconștiente.

FANTASMA (Fantasma, fantasieren): produs imaginar constînd într-un „scenariu” vizual în care subiectul este totdeauna prezent figurînd realizarea unei dorințe inconștiente. Ele pot fi conștiente: reveria (visul diurn - Tagtraum, Wachtraum), în care scenariul este imaginat în stare de veghe fiind rezultat al înlăturării dorințelor cu instanțele refulate ale Eului; spre deosebire de visul nocturn, forma inconștientă de fantazare, reveria este elaborată secundar pentru a-i conferi oarecare coerență și inteligibilitate.

FORMAȚIUNE REACȚIONALĂ (Reaktionsbildung): desemnează o atitudine sau o trăsătură de caracter formată ca o reacție față de o dorință refulată; sensul său fiind însă opus acesteia.

FRUSTRARE (Versagung): termen utilizat pentru a determina orice obstacol extern sau intern care se opune satisfacerii libidoului; privirea de satisfacere a unei tendințe fundamentale poate duce la un dezechilibru afectiv, ca urmare a blocării unei tendințe orientate către un scop hedonist de nerealizare a libidoului. Reacția poate fi agresivă sau pasivă - refugiu în boală.

FIXATIE (Fixierung): implică atașarea excesivă față de un obiect, persoană, idee sau persistența caracteristicilor anacronice ale sexualității. **Libidofixierung:** fixație cu constituție sexuală (sexuelle Konstitution), ca și în trăirile infantile (prähistorisches Erleben - infantiles Erleben).

IDENTIFICARE (Identifizierung): proces psihologic prin care individul se identifică, asimilând o însușire, un aspect, un atribut al unei alte persoane și se transformă după acest model. În constituirea și diferențierea personalității complexul Oedip are o importanță deosebită prin identificarea cu părinții.

IMAGO: reprezentarea inconștientă, imaginară și care se referă la un personaj, realul fiind însă deformat inconștient.

INCONȘTIENT (das Unbewusste): ansamblu de stări, procese psihice, pulsioni refulate care nu sînt conștiente și nu se conștientizează datorită refulării și sînt create de către aceasta. Conținutul inconștientului este alcătuit din tendințele instinctuale refulate în prima copilărie; ulterior s-au adăugat și sentimentul de inferioritate ca și năzuința spre putere.

Conținutul inconștientului nu poate fi conștientizat decît sub forme deformate, deghizate, reprezentate simbolic. El nu poate fi confundat cu preconștientul, deoarece conținutul acestuia pătrunde în conștiință nedehformat. Freud, renunțînd la noțiunea de subconștient ca sinonim al inconștientului, nu mai consideră inconștientul, preconștientul (și subconștientul) ca instanțe ale Eu-lui, rolul de instanță revenind Eu-lui și Supra-eului. Sinele este inconștient, prelînd conținutul, calitățile și funcțiile inconștientului, deși și El poate avea o dimensiune inconștientă.

Inconștientul are funcții și legi proprii; el are funcții de apărare, rezistență și respingere. Deși procesele sale sînt atemporale și în afara realului, nu cunosc negația, îndoiala și diferitele grade de certitudine, ele avînd legitățile proprii, aici acționează condensarea și deplasarea, tot ce este inconștient poate fi proiectat. Inconștientul este stăpînit doar de principiul plăcerii; el poate fi structurat și de dorința de putere (Wille zur Macht); se exprimă prin simboluri, simptome și alageri (Wahlsprache - L. Szondi).

În interpretarea viselor (Traumdeutung), inconștientul apare sub forma manifestărilor sale simbolice nevrotice sau onirice, ca

o lume de imagini în parte sechestrată; reîntoarcerea la refulare face în vis cînd se forțează bariera vigilenței și impune satisfacerea dorințelor inconștiente pe care le reprezintă, cu condiția ca acestea să nu apară decît în imagini, scene sau amintiri metaforice, bolice.

INVESTIRE LIBIDINALĂ (Libidobesetzung): asocierea unei anumite cantități de energie a instinctului sexual cu o reprezentare, grup de reprezentări, cu un obiect, cu un segment corporal; dezinvestirea semnifică retragerea afectului din reprezentare cu disponibilizarea energiei psihice și reinvestirea într-un alt obiect. Ca efect al unei investiții primare a libidoului apare clinic narcisic, egocentric.

LEGEA POLARITĂȚII FORTELOR (das Gesetz von der Polarität der Kräfte): observată în natură (vară-iarnă, zi-noapte), în istorie și artă (monarhie-republică, gotic-baroc) ca și la nivel psihic considerată o totalitate structurată (Ganzheitsgefüge) de forțe, care printr-un sistem autoreglator se echilibrează. Ca antiteze pot fi observate tendințe de limitare față de tendințe de extensie; impulsuri către activitate față de impulsuri către pasivitate; aspirație către lumea exterioară a obiectelor, față de aspirație către interior, spre lumea subiectului; impulsuri raționale, față de iraționale și înclinații instinctuale față de impulsuri spirituale.

LIBIDO: tendințe, dorințe instinctuale cu sediul în inconștient care pot acționa asupra conștientului sub forma unei pulsioni. Libidoul este energia instinctului sexual (libido sexualis), dar poate fi sublimată spre alte scopuri decît cele sexuale. Formele libidoului pot fi sexuale, narcisice, obiectuale, simbolice; imaginile și simbolurile își transmit mesajele chiar dacă în planul conștientului sînt ignorate.

Stadiile libidoului (Libidostufe) ar evolua de la stadiul oral (oral erotische) care presupune încorporarea obiectului, la stadiul anal (analerotische, analsadistische) care pune „stăpînire pe obiect. După fazele evolutive ale libidoului ar exista ca tipuri primare de caracter: oral, anal, uretral, falic, genital. Descărcarea libidoului se revîntă ca plăcere.

Fixația libidinală, adică persistența caracteristicilor anacronice ale sexualității (constituție sexuală și trăirile infantile și preistorice), poate duce la nevroză.

MECANISME DE APARARE A EULUI (das Ich Verteidigungsmechanismen); mecanisme care se opun ruperii echilibrului psihic și care folosesc pentru combaterea neplăcerii. Apărarea Eului se referă atât la pulsioni și reprezentări ale acestora, cât și la efecte neplăcute.

O parte din mecanismele de apărare pot lua alura unei compulsiuni apărînd, cel puțin parțial, în mod inconștient. Se consideră mecanisme de apărare ale Eului pe lângă refulare și următoarele (J.B. Coleman):

- **refuzul realității**: protejarea Eului de o realitate neplăcută, refuzînd de a o percepe;
- **fantazarea**: satisfacerea dorințelor frustrate prin realizări imaginare;
- **compensarea**: satisfacerea dorințelor și mascarea slăbiciunii prin accentuarea unei trăsături dorite sau hotărîrea pentru frustrație într-o anumită direcție prin suprasatisfacerea altei dorințe;
- **identificarea**: creșterea sentimentului valorii proprii prin identificarea cu o persoană sau o instituție cu renume;
- **intregeștia**: încorporarea valorilor externe și a stărilor în așa fel încît individul să nu mai fie la dispoziția bunului plac al amenințărilor mediului; orientarea conștiinței către propriul Eu;
- **proiecția**: atribuirea vinovăției pentru dificultățile proprii altor persoane sau atribuirea dorințelor proprii imerale altora;
- **raționalizarea**: încercarea de a dovedi că un comportament este rațional și deci vrednic de sine și de aprobarea socială;
- **represiunea**: înlăturarea gândurilor dureroase sau periculoase din conștiință;
- **formația reacțională**: înlăturarea dorințelor periculoase prin exagerarea atitudinilor și tipurilor de comportament opuse și utilizarea acestora ca bariere;

- **deplasarea**: descărcarea sentimentelor îngrădite pe obiecte mai puțin periculoase decît cele ce inițial au dat naștere la stări emoționale negative;

- **însulizarea emoțională**: retragerea în pasivitate pentru a proteja Eu;

- **isolarea**: scoaterea unei sarcini afective în cazul unei situații pline de prejudicii;

- **regresiunea**: retragerea la un nivel de dezvoltare mai timpuriu, infantil, implicînd răspunsuri mai puțin mature la un nivel de aspirație mai coborît;

- **repararea Eului**: ispășirea în scopul neutralizării actelor și dorințelor imorale;

- **sublimarea**: satisfacerea dorințelor sexuale frustrate prin activități nesexuale substitutive.

NARCISISM (Narzisismus): desemnează acea parte a libidoului investită în Eu (Ich libido). El se află într-un raport invers cu libidoul investit în obiect și trece prin două stadii: primar, cînd întreaga energie a libidoului copilului este investită în propriul Eu și secundar cînd se referă la energia ce se întoarce către Eu ce a fost investită în anumite obiecte.

OBIECT (Gegenstand): indică în general o persoană către care se orientează libidoul; limbajul natural proiectează asupra obiectelor (în sens general) pe care le descrie, teorii inconștiente; alegerea obiectului se poate face analitic după modelul protector parental sau narcisist.

PLĂCERE PRELIMINARĂ (Vorlust): concept utilizat pentru a explica plăcerea estetică produsă de eliberarea de tensiuni prin creație artistică, care este o ilustrare a eului subconștient al autorului. Accesul la această formă de plăcere determină anihilarea inhibițiilor și distrugerea atenției, iar în ultimă instanță eliberarea subconștientului de tensiune, retrăirea refumatului (Wiederkehr), producînd o stare de euforie.

PRECONȘTIENȚĂ (das Vorbewusste): (sin. subconștient) reprezintă un subsistem al organizării psihice, situat în zona superficială a conștiinței, putînd pătrunde în conștiință într-o formă nemodificată, fiind separat de inconștient prin cenzură, care nu permite trecerea proceselor inconștiente netransformate spre preconștient de unde pot fi conștientizate. În el intră deprinderi, complexe senzi-

tivo-motorii, memoria potențială, operațiile efectuate fără control conștient.

PRINCIPIUL PLĂCERII (Lustprinzip): (sin. funcție hedonică ca totalitatea pulsioniilor spre obținerea plăcerii). Sinele este guvernat de acest principiu, dar este limitat de principiul realității. Subiectul reduce orice tensiune neplăcută prin acțiuni, trăiri de satisfacere (Erfriedigungserlebnis) și prin satisfacerea în vise a dorințelor (Wunschergullung). Instinctului vieții (Eros) îi corespunde principiul plăcerii: procesul invers este instinctul morții (Thanatos) căruia îi corespunde principiul repetiției manifestate prin înclinarea de reîntoarcere în trecut, chiar împotriva principiului plăcerii ca o dorință, pulsione către originile primare. Se poate lua în considerare principiul neplăcerii (Unlustprinzip) ca și plăcerea durerii (Schmerzlust).

PRINCIPIUL REALITĂȚII (Realitätsprinzip): principiu conform căruia persoana este constrinsă (Selbsttyrannie) să se adapteze la realitate, deși tinde spre satisfacerea frustrărilor.

PULSIUNE, EXCITATII PULSIONALE (Trieb-Trieberregungen): impulsuri tendințe care realizează o încărcare energetică, o tensiune care are ca scop suprimarea cauzei tensiunii respective; instinctele sunt considerate pulsioni, tendințe ale conștientului, existând „instincte” fundamentale:

- **pulsiunea vieții (Lebenstrieb):** legat de autoconservare (Selbsterhaltungstrieb) și,

- **pulsiunea morții (Todestrieb, Destruktionstrieb),** ambele formează perechea constantă sadomasochistă. Pulsiunea de agresiune (Aggressionstrieb, Streitsucht), rezidă din echilibrul instabil dintre ele. Frica legată de pulsionile libidoului (Sexuelle Triebausprünge) cere ca ele să fie refulate. Alte pulsioni se pot regăsi reprezentate simbolic: Oedip, Tatăl, Mama. Pulsionile pot duce la realizări foarte depărtate de scopul lor original, ele se pot răspurna în contrariul lor, pot fi refulate, sublimare.

REFULARE (die Verdrängung): proces efectuat de preconștient, în care dorințe, tendințe, idei, imago, cu caracter neplăcut pentru persoană sau care contravin normelor etice obișnuite, sunt impuse de conștiință inconștientului sau sunt reținute, reprezentate în afara

simpului conștiinței, persistând și realizând un conflict continuu între tendințele refulate și conștiință, care le reprimă. Ele pot pătrunde în conștiință sub formă deghizată prin sublimare, acte ratate vise. Refularea inițială originală este „We es war, soll ich werden” (Unde am fost, trebuie să devin).

REGRESIE (Regression): mecanism de apărare a Eului care urmărește reducerea comportamentului psihic la un nivel inferior de complexitate.

SEXUALITATE (Sexualität): teoria sexuală freudiană extinde sexualitatea mult în afara genitalului, în această concepție sexualitatea este prezentă încă din viața infantilă. Într-o evoluție stadială sexualitatea trece printr-o serie de faze, fiecare concentrată în jurul unei zone erogene, întrucât explicație erotică nu provine numai din zonele genitale, în primele stadii ale libidoului (Triebhaftigkeitsstadien), orală și sadico-anală, genitalul este absent ca sursă a plăcerii. Activitatea sexuală a copilului este autoerotică, limitată la propriul corp, fără căutarea unui obiect exterior. Zonele genitale devin regiuni de interes principal în faza falică între 3-4 ani. În această perioadă apare complexul Oedip, când se orientează spre un obiect, rezolvarea lui contribuind la desăvârșirea personalității. La băiat, complexul castrării pune capăt complexului Oedip, în timp ce la fată îl declanșează. Pulsiunea sexuală, corelată inițial cu instinctul de conservare este generalizată spre instinctul vieții. Pubertatea reactivează complexul Oedip care poate fi înlocuit mai mult sau mai puțin prin orientarea către obiecte ale dorințelor sexuale: cristalizarea afectivă asupra unui obiect - acathesis.

SINELE (Id, das Es): componenta biologică a personalității, noțiunea care cuprinde ansamblul proiecțiilor psihice a instinctelor, pulsioniilor refulate. Sinele este necunoscut și inconștient, nu are conștiința realității sale obiective, fiind guvernat de principiul plăcerii. El provine din sistemul conștiință-percepție (WDW) și preconștient (VBW) este înglobat în sine și în conflict cu acesta. Pulsionile dezvoltă Sinele sub formă de „reprezentări” (Verstellungen).

SYMPTOM (Symptom): prin refulare și conversiune tot ceea ce se va refuza sub forma satisfacerii plăcerii, se va plăti sub forma

unui compromis. Nevroza, psihoza, perversiunea sînt modalități structurale de supraviețuire a dorinței inconștiente. Simptomele pot fi atît de tip nevrotic cît și vegetative diverse psihosomatice).

SIMPOM DE APARARE (Hemmungssymptom): procedeele de care se servește Eul în conflictele ce pot duce la nevroză.

SINCERITATE (Aufrichtigkeit): cine nu are sinceritatea să recunoască în Sine dorințele conștiente sau virtual conștiente (ce-rițele), e mai puțin apt să-și descopere pe cele inconștiente.

SUBLIMARE (Sublimieren): satisfacția dorințelor (sexuale) frustrate prin activități substitutive, spirituale, nesexuale.

SUPRANU (Superego, Überich): instanță critică care se defăneș-te ca opunîndu-se Sinelui, deși își are originea în acesta, cons-tituîndu-se în relația cu experiențele existenței în mediul so-cial.

TABU (das Tabu): interdicție de cult privind exîtarea anu-mitor persoane, animale, plante, obiecte considerate sacre și impu-re, psihanalitic exprimă conflictul între aversiunea inconștientă a individului față de Sef și interdicția conștientă a atingerii lui, deplasarea fiind posibilă asupra simbolului acestuia, asupra totemu-lui în cadrul unui ritual repetat periodic.

TRANSFER (Transfert, Übertragung): reacție compulsivă, de re-petiție nevrotică față de psihanalist considerat o figură din trecut bolnavului, reacție utilizată ca metodă terapeutică fiind însă posibilă și relația inversă - de la bolnav la psihanalist.

TOTEM (das Totem): animal, plantă, obiect considerat și onorat ca strămoș originar, simboliza sacralitatea și clanul (grupul social); ospățul totemic ar fi „comemorarea repetată a unei crime primor-diale -uciderea colectivă a tatălui”, din care ar deriva ulterior reli-gia și barierele morale.

TRAUME (Trauma, Seelische Verwundung, shockartige Erlebnisse): șocuri fizice sau psihice ca urmare a unei experiențe trăite, ege-curî, în prima copilărie (Urzene), care depășesc capacitatea de adap-tare avînd consecințele tardive asupra personalității de tip ne-vrotic sau prin mecanisme de compensare exagerate.

INDEX ALFABETIC DE TERMENI

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| - abulia 123, 155 | - lacunară 77 |
| - acces -melancolie 259 | - post-faptică 77 |
| - activitate 224 | - retrogradă 76 |
| - adaptabilitate 23 | - verbală 76 |
| - afect 114 | - anestezie psihică 118 |
| - afemia 102 | - anecferia 80 |
| - afectivitate 109 | - angoasă 118 |
| - agitație- 127 | - anideșia 94 |
| - psiho-moto-
ris | - anorexia 113 |
| - agnozia 59 | - antidepresive 463 |
| - agramatism 104 | - antipsihiatrie 48 |
| - akatisia 127 | - antropofobie 96 |
| - akinesia 128 | - anxietate 118 |
| - agresivitate 158 | - anxio-litice 463 |
| - alexia 60, 105 | - apraxia-ideatorie 130 |
| - alienare 557 | - ideomotorie 130 |
| - alie-mnezia 78-alcoolemanie 307 | - asematognesia 60 |
| - alimnefobie 96 | - astenia 213 |
| - ambivalența-afectivă 119 | - astenic 213 |
| - intelectuală 120 | - atenția 68 |
| - amentia 183 | - atinie 118 |
| - animia 125 | - atimhermia 118 |
| - amnezia: 75 | - atitudine- |
| - anterogradă 76 | - catatonică 128 |
| - electivă 77 | - autism 270 |
| | - autogresiune impulsivă 113 |

- autopreciere-ambicioasă 300
- automatism-mental 184
- meter 226
- automutilare 114

B

- balbism 105
- baraj-mental 94
- meter 128
- bavardaj 108
- beția patologică 310
- bieritmologie 28
- bienica 28
- bizarerie 127
- boala -Alzheimer 338
- Pick 339
- bradilalie 103
- bradifemie 102
- bradikinesie 128
- bradipsihie 94
- bulimie 113

C

- caracter 143
- caracteriepatie 230
- catalepsie 129
- catatonie 129
- cataracta 560
- cecitate-verbală 105
- psihică 59
- cefalee 216
- cenestepatie 215
- cerebrastenia 337
- creolefemie 142
- cîmp de conștiință 133
- claustrofobie 96
- cleptomania 113
- conjugopatie 567

- comă 134
- depășită
- tipică
- vigile

- conduite agresive 565
- compulsiv 219
- eclarea 158
- comunicare 557
- confabulație 80
- conflict 111
- confuzia mentală 133
- confuze-ecirism 136
- constituționalism 29
- conștient 133
- conștiință 133
- de sine
- morală
- contractură cataleptică 129
- conversiune 278
- criptomnesia 79
- criza
- de agitație 137
- epileptică 346
- isterică 169

D

- debilitate mentală 241
- decizia 126
- dejă cunos 79
- dejă văz 79
- delir 99
- acut 189
- devalorizare 99
- emenitate 99
- erotoman 99
- febril 182
- gelexie 99
- hipocandriac 14
- imortalitate 99
- infecțios 99

607

- megaloman 99
- mistic 99
- negație 99
- nesistemizat 100
- paranoic 99
- persecuție 99
- posesiune 99
- primar 99
- relație 99
- religios 99
- rezidual 99
- sistematizat 99
- secundar 99
- vinovăție 99

- delincvență -529
- patologică
- delirium tremens 312
- demența 188
- demonomanii 15
- dependența-pasională 115
- depersonalizare 137,144
- depresia 216
- derealizare 137
- desomatizare 143
- dezambulație 138
- dezamănare 144
- dipsomania 113
- disabulia 123
- discernămint 532
- discordanța 272
- disfazia 101
- disforia 119
- disgrafia 106
- disimulația 99
- dislalie 102
- dislexia 104
- dialogie 101
- diamegalopsie 57
- dismorfofobie 58
- diamezii 78
- dispenție: 115

- afectivă
- delirantă
- penibilă
- disociația 273
- dispraxia 275
- distimie 119
- dizartrie 102
- dizarmonie 229
- dreamy-state 136
- dromomania 113
- durere morală 260
- ecolalie 103
- ecologie psihiatrică 581
- ecomie 103,126
- ecepraxie 103
- echivalențe epileptice 347
- ecnemie 80
- ego 32
- egofilie 231
- embololalia 104
- embolofrazie 104
- emoții 114
- encefalopatie 314
- encefalocirculograma 407
- enceprie 225
- enurezis 225
- electroencefalografie 383
- electrocorticografie 405
- electromiografie 407
- electroenceurografie 409
- epilepsia 345
- ergoterapie 511
- „Eu” 33
- euforie 118
- eveniment
- evocare 74
- exhibiționism 236
- existențialism 45

I

- fading - meter 128
- mental 94
- fetigism 236
- flexibilitate cerească 129
- febia 96
- frica 86,118
- frigiditate 163
- frustrare 41
- fuga-patologică
- de idei 93
- funcții psihice:17
- acțiune
- afective
- cunoaștere
- deliberare
- dinamizare
- furor epileptic 349

I

- gîndire 99
- glosealie 105
- grafomanie 106
- graferie 106
- grifenaj 107

H

- halucinații
- auditive 63
- funcționale 61
- endofazice 66
- olfactive+gustative 66
- tactile 66
- vizuale 64
- introceptive 66

608

- halucinoza 62
- mouth Wernike 178
- heautoscopie 65
- hebefrenie 270
- hemimima 126
- hermeneutica 445
- heteroagresiune impulsivă
- hiperbulia-elektivă 123
- hiperestezia 56
- hipermimia - polarizată 125
- hipermnezia 75
- hiperprosexia 69
- hipersexualitate 163
- hipertimie 118
- hipobulia 123
- hipocandria 215
- hipoestezia 56
- hipokinesia 128
- hipomaniaacal 265
- hipomimia 125
- hipomnezia 75
- hipopressia 69
- hipotimia 117
- hipsaritmia 348
- homosexualitate 236

X

- idaea 90
- dominantă 95
- delirantă-expansivă 99
- depresivă 99
- mixtă 100
- obsesivă 95
- prevalentă 97
- idiotia 241
- iluzia 56
- oscililor 58
- imaginația 86
- imbecilitatea 241
- impotență 164

- impulsiv 112,124
- inconștientă 344
- indiferentism 277
- inhibiție-sexuală 113
- psihometrie 259
- insomnia 214
- instinct 112
- intelect de limită 240
- instruinare afectivă 279
- interpretare 300
- intoxicație prin cuvînt 105
- intuiție delirantă 300
- inversiune afectivă 119
- isteria 221
- isteric 169,234

I

- jamais cenna 79
- jamais vu 79
- jargonofazic 104
- jargonomimia 126
- judecata 91

L

- libidou 31
- lapses 77
- lesbianism 236
- logonevroza 224
- logoree 108

M

- macropsii 57
- mania 268
- manierism 274
- manechism 236
- megaloman 99

609

- melancolia 258
- memoria 73
- mentism 78,93
- metamorfopsii 57
- metasimulativ 89
- micropsie 56
- mimoizna 87
- mitomanie 87
- motivație 109
- muzitate 102
- mutacism 103
- mutism-absolut 102
- akinetik 102
- elektiv 102
- relativ 102

N

- narcolepsia 488
- narcofilie 477
- negativism 286
- neologisme - active 277
- pasive
- neomimia 126
- necrofilie 236
- nervism 213
- neuroleptice 464
- nevroza 211
- norma 568
- nevrotiform 217

O

- obnubilare 133
- obsesie 95
- obsesional 96
- obtusio 133
- oligofrenia 234

- oniric 181
- onomatomanie 103
- organicist 15

P

- palilalia 103
- pantofobia 97
- parafrenie 296
- paragranebism 103
- parabulie 124
- paraidolie 57
- paragrafisme 107
- paragramatism 104
- parakinsia 126
- paralogie 99
- paramimie 126
- paramnezie 78
- paranoia 296
- paranoiax 179
- paranoia 180
- paratimie 119
- pasiună- stagnante 117
- paver nocturn 226
- pedofilia 236
- percepția: 54
 - delirantă
- pereidolie 57
- peropsie 57
- persoana 139
- personalități: 139
 - particulare 140
 - psihopate 140
 - nevrotice 140
- personogeneză 141
- pervertire-emoțională
 - sexuală 165

- pneumoencefalografie 408
- piromania 113
- polinevrită Korsakov 310
- potențial agresiv
- potomania 113
- proseria 68
- procese mnemonice 73
- pseudohalucinații 61
- pseudomnezia 78
- pseudoreminiscențe 79
- psihastenie 234
- psihanaliză 31
- psihedeliice 464
- psihiatria 12
- psihiatrie umanitară 580
- psihism 13
- psihodislepție 463
- psihogenie 211
- psihometrie 459
- psihopatie 228
- psihopatoide 236
- psihosomatic 39
- psihoprofilaxie 514
- psihoterapie 463
- psitacism-le3
 - mimio
- psihotrope 463
- psiholeptice 463
- psihonealeptice 463
- psihoneoleptice 463
- psihodislepție 463
- pulsione 569

R

- raționament 91
- raptus 124
- reacții psihopatologice 534

- acute
- celerice
- prelungite

- reprezentare 60
- refulare 569
- reprezentări eidetice 61
- resnecefografie 405
- rinolalie 105
- risc - suicidar 260
- ritmul 95
- rotacism 105

S

- sadism 236
- schizofrenie 270
- schizoid 142
- schizotin 142
- sectorizare 562
- semistintă sociale 558
- sentimente 115
- senzație 52
- senzitiv de relație 300
- savraj 311
- sexopatii 236
- sigmatism 105

- sindrom :

- afective 170
- Anton-Babinski
- agitație psihomotorie 172
- Arnold Chiari 254

- Bourneville 249
- cataton 174
- Charles Bonnet 178
- Catard 171
- depresiv 171
- delirante 179

- Sindrom-Ganser

- Gaucher 247
- Gayet-Wernicke 315
- Gerstmann 343
- Hipocondriac 168
- Klein-Levin
- Isteric 169
- Korsakov 171
- Kandinski-Clerambault 18
- Lindan 250
- Mangdon Down 248
- maniacal 170
- Marchiafava-Bighemi 314
- Morel 317
- meriatic 341
- Niemann Pick 247
- Neurastenio 167
- Patan 248
- Neuroleptic 175
- Psihopatologia 164
- obsesiv-febic 168
- P.G.P. 324
- pseudodemential 190
- psihoorganic 184

- Recklinghausen -caracterială
- psihepatice 170 -stupor 133
- Sturge Weber 250 -sugestiabilitate 286
- tulburărilor de cons- -super ego 158
- tiință 180 -surditate-verbală 105
- Spicimayer-Vogt
- tulburărilor de com-
portament 187
- Tay-Sachs 246
- Vernike-Kersakov 317
- tahifemie 102
- tahikinezie 124
- tahipsihie 99
- tanatofilia 96
- temperament 141
- ticuri 234
- timopatie 236
- torpeare 133
- tenuș afectiv 113
- toxicomanie 237
- transexualism 236
- travestitism 236
- sinestezie 56
- sifilofobie 113
- sociopatia 229
- social 560
- statut grand mal 347
- starea - de afect amentivă
- crepusculară 134
- de hebetudine 134
- oniroidă 134
- stereotipii - grafice 127
- verbale
- kinetice
- akinetice
- structură: 141
- psihică

BIBLIOGRAFIE CONSULTATIVĂ

X.- PSIHIATRIE

1. Aché K., Lönqvist J.: Psychopathology of Direct and Indirect Self-Destruction, Psychiatria Fennica, Suppl., 1978
2. Ajuriaguerra J.: Manuel de psychiatrie de l'enfant, Edit. Masson, Paris, 1974
3. Angheluță V., Nica-Udangiu St., Nica-Udangiu Lidia: Psihiatrie epide-
miologică, Edit. Medicală, București, 1983
4. Angheluță V., Nica-Udangiu St., Nica-Udangiu Lidia: Psihiatrie pre-
ventivă, Edit. Medicală, București, 1986.
5. Arseni C. (sub. red.): Probleme de terapie intensivă și de anestezie
în neurochirurgie, neurologie și psihiatrie, Edit.
Didactică și Pedagogică, București, 1978.
6. Arseni C., Popoviciu L. (sub red.): Epilepsiile Edit. Științifică și
Enciclopedică, București, 1984.
7. Bernhard P., Trouvé Samone: Sémiologie psychiatrique, Edit. Masson,
Paris, 1977.
8. Brânzei P.: Itinerar psihiatric, Edit. Junimea, Iași, 1973.
9. Brânzei P.: Chariță V., Boișteanu E.: Elemente de semiologie pschia-
trică, Institutul de Medicină și Farmacie Iași,
1982.
10. Cummings J.L.: Clinical Neuropsychiatry, Grune and Stratton,
New York, 1985.
11. Dănilă L., Golu M.: Chirurgie psihiatrică, Edit. Academiei, București,
1988.
12. Ey H., Bernard P., Brisset Ch.: Manuel de psychiatrie, Edit. Masson,
Paris, 1989.

13. Gelder M., Gath D., Mayou R.: Oxford Textbook of Psychiatry, Oxford University Press, 1989.
14. Gerges C. (sub red.): Vademecum in psihiatrie, Edit. Medicală, București, 1985.
15. Kaplan A.H., Sadock B.J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Edit. Williams Wilkins Group, Baltimore, 1985.
16. Kielholz P., Földinger W. (Eds.): Latest Findings on the Aetiology and Therapy of Depression, Karger, Basel, Suppl., 1986.
17. Kielholz P., Földinger W., Adams G.: La depression masquée, Deutscher Krste Verlag, Köln, 1984.
18. Lempérière T., Féline A.: Abrégé de psychiatrie de l'adulte, Editura Masson, Paris, 1977.
19. Mann J.J. (Edit): Phenomenology of Depressive Illness, Human Sciences Press, New York, 1988.
20. Meilă P., Milea St. (sub red.): Tratat de pediatrie, vol. 6., Edit. Medicală, București, 1988.
21. Mironțev-Tuculescu V., Predescu V., Oancea C.: Sănătatea mintală în lumea contemporană, Edit. Medicală, București, 1986.
22. Olaru Al.: Introducere în psihiatria practică, Edit. Scrisul românesc, Craiova, 1990.
23. Pamfil Ed., Ogedescu D.: Nevrozele, Edit. Pacla, Timișoara, 1974.
24. Pamfil Ed., Ogedescu D.: Psichozele, Edit. Pacla, Timișoara, 1976.
25. Pichot P.: Un siècle de psychiatrie, Edit. Roger Dacosta, Paris, 1983.
26. Pirozynski T.: Elemente de psihiatrie, Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1980.
27. Pirozynski T. (sub red.): Interferențe psihiatrice, Rev. Med. Chir., Iași, Supliment, 1986.
28. Pirozynski T., Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională, Rev. Med. Chir., Iași, Supliment, 1989.
29. Pirozynski T., Chiriță V., Belțeanu P.: Manual de psihiatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie Iași, 1992.
30. Predescu V. (sub red.): Psihiatrie, vol. I, Edit. Medicală, București, 1989.
31. Predescu V., Nica-Udărgiu St., Nica-Udărgiu Lidia: Urgențe în psihiatrie, Edit. Medicală, București, 1983.
32. Shepherd M. (Edit.): Handbook of Psychiatry. The Scientific Foundations of Psychiatry, Edit. Cambridge Univ. Press, 1985.
33. Talbert J.A., Hales M.E., Yudofsky S.C.: Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1989.

34. Trimble M.R., Belwing T.O.: Aspects of Epilepsy and Psychiatry, John Wiley and Sons, New York, 1986.
35. Trimble M.R., Reynolds E.M. (Edited by): Epilepsy, Behavior and Cognitive Function, John Wiley and Sons, New York, 1988.
36. X X X : La maladie depressive, Ciba-Geigy, 1983.

II. PSIHIATRIE RELAȚIONALĂ

1. Beliș VI.: Indreptar de practică medico-legală, Edit. Medicală, București, 1990.
2. Baruk H.: La psychiatrie sociale, Edit. P.U.F., Paris, 1955.
3. Coculescu M.: Neuroendocrinologie clinică, Edit. Științifică și Enciclopedică, București, 1986.
4. Dosertori B., Piazza Marcella: La psychiatrie sociale, Edit. E.S., 1975.
5. Dragomirescu V., Hanganu O., Prelipceanu D.: Expertiza medico-legală psihiatrică, Edit. Medicală, București, 1990.
6. Rădulescu Sofia, Piticaru M.: Devianță comportamentală și boală psihică, Edit. Academiei, București, 1989.
7. Scripcaru Gh.: Patologie medico-legală, Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1988.
8. Scripcaru Gh., Terbancea M. în celab. Olernea T., Ianovici M., Pirozynski T.: Patologie medico-legală, Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1978.
9. Vedrinne J.: Suicide et conduites suicidaires, Edit. Masson, Paris, 1991.

III. PSIHOFARMACOLOGIE

1. Costa D., Toma E.: Psihofarmacologia în practica medicală, Edit. Militară, București, 1983.
2. Ginestet D., Peron-Magnan, Zarifian E., Chavalier J.P.: Abrégé de chimiothérapie psychiatrique, Edit. Masson, Paris, 1985.
3. Katzung B.G.: Basic and Clinical Pharmacology, Second Edition, McGraw-Hill, Los Angeles, California, 1984.
4. Földinger W.: Compendium de psychopharmacotherapie, Edit. Roche, Basel, 1984.

- Pöldinger W., Schmidlin P., Wider P.: Index Psychopharmacorum. Verlag, Hans Huber, Bern, 1983.
- Spector R., Rogers H., Roy D.: Psychiatrie-Pharmacotherapie und Beratung, Deutscher Krste Verlag, Köln, 1987.
- Zarifian E., Loo H.: Les antidépresseurs, Aspects biologique clinique et thérapeutiques, Edit. Roche, Paris, 1982.

IV. PSIHOLOGIE

1. Alexander F.: La medecine psychosomatique, Edit. Payot, Paris, 1970.
2. Arseni C., Gelu M., Dănilă L.: Psihoneurologie, Edit. Academiei, București, 1983.
3. Delay J., Pichot R.: Abrégé de psychologie, Edit. Masson, Paris, 1986.
4. Enăchescu C.: Elemente de psihologie proiectivă, Edit. Stiintifică, București, 1973.
5. Freud S.: Essais de psychanalyse, Edit. Payot, Paris, 1976.
6. Freud S.: Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihanaliză. Psihopatologia vieții cotidiene (Traducere, studiu introductiv și note: L. Gavriliu), Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1980.
7. Ionescu G.: Introducere în psihologia medicală, Edit. Stiintifică, București, 1973.
8. Ionescu G.: Psihosomatica, Edit. Stiintifică, și Enciclopedică, București, 1976.
9. Ionescu G. (coordonator), M. Bejat, V. Pavelcu (sub. red.): Psihologie clinică, Edit. Academiei, București, 1985.
10. Lăzărescu M.: Introducere în psihopatologia antropologică, Edit. Facla, Timișoara, 1989.
11. Levi-Strauss Cl.: Antropologia structurală, Edit. Politică, București, 1978.
12. Mäkinen R.A., Yudofski S.C.: The Psychiatric Evaluation in Clinical Practice, Edit. Lippincott Comp., Philadelphia, 1986.
13. Olaru Al.: Shakespeare și psihiatria dramatică, Edit. Scrisul Românesc, Craiova, 1976.
14. Panfil Ed., Ogedescu D.: Perseană și devenire, Edit. Stiintifică și Enciclopedică, București, 1976.
15. Pavelcu V.: Drama psihologiei, Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1972.
16. Săhleanu V.: Conceptii despre om în medicina contemporană, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.

17. Săhleanu V., Popescu-Sibiu I.: Introducere critică în psihanaliză, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1972.
18. Schiopu Ursula, Verza Em.: Psihologia vîrstelor, Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1981.
19. Verza Em.: Elemente de psihopedagogie handicapatilor, Universitatea București, 1990.
20. Vianu I.: Introducere în psihoterapie, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1975.

V. DICTIONARE DE PSIHIATRIE SI PSIHOLOGIE

1. Bogdan-Tucioev Ana, Gheloca S., Gelu M., Holu P., Mamali C., Panzaru P.: Dictionar de psihologie socială, Edit. Stiintifică și Enciclopedică, București, 1981.
2. Carrabé J.: Dictionnaire toxicologique de psychiatrie, Edit. Masson, Paris, 1989.
3. Gerges C. (sub red.): Dictionar enciclopedic de psihiatrie, Edit. Medicală, București, vol. I, 1987, vol. II, 1988, vol. III, 1989.
4. Popescu-Neveanu P.: Dictionar de psihologie, Edit. Albatros, București, 1978.
5. Perot A.: Manuel alphabetique de psychiatrie, Edit. P.U.F., Paris, 1975.
6. Sillamy N.: Dictionnaire de la psychologie, Librairie Larousse, Paris, 1965.
7. Sărbu Aurelia (sub red.): Psihiatrice clinică (ghid alfabetic), Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.

VI. MANUALE DE CLASIFICARE A TULBURARILOR PSIHICE

1. Clasificarea Internațională a Bolilor, Revisia a IX-a O.M.S. (1975), Geneva, 1977.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, (DSM III), American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised, (DSM III-R), American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.

4. I.N.S.E.R.M. - Classification française des troubles mentaux.
Bull. de l'Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale, Paris, 1968.
5. Troubles mentaux : glossaire et guide de classification en
concordance avec neuvième révision de la C.M.
O.M.S., Genève, 1979.

VII. - REVISTE DE PSYCHIATRIE

1. The American Journal of Psychiatry - Washington, D.C.
2. Acta psychiatrica belgica - Bruxelles.
3. Annales Médico-Psychologique, Edit. Masson, - Paris.
4. Confrontations psychiatriques, Edit. Specia - Paris.
5. La psychiatrie de l'enfant, Edit. P.U.F. - Paris.
6. Psychiatric Journal of the University of Ottawa - Canada.
7. S.S. Kersakov Journal of Neuropathology and Psychiatry - Moscow
8. Psychiatria Fennica - Helsinki.
9. Yonago Acta Medica - Japan.
10. Revista Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie - București.
11. Revista Medico-Chirurgicală Iași, Volume supliment. Volume menografice:
 - Pirozynski T. (sub red.) Psihiatria azi - Actualități și
asistența bolilor psihice. Rev. Med. Chir. Iași, Supliment, 1985.
 - Pirozynski T. (sub red.): Neosistemul relației familiale și
asistența psihiatrică. Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1986.
 - Pirozynski T. (sub red.): Asistența psihiatrică a cazurilor
cu risc comportamental patologic. Institutul de Medicină
și Farmacie, Iași, 1987.
 - Pirozynski T. (sub red.): Elemente de psihologie medicală
și logopedie. Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1988
 - Pirozynski T. (sub red.): Patologia agresivității intrafe-
miliare, Rev. Med. Chir., Iași, Supliment, 1991.